

Vita Plus VISxWIN

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.

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

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo:

Gennaio 2026

Elips Life Ltd

Sede secondaria italiana:

Via San Prospero 1, 20121 Milano. PEC:

elipslife@pec.elipslife.com

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

R.E.A.: MI – 2126819

Sede legale: Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (LI) - RI: FL-0002.304.360-5, Vaduz

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

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento di

Swiss Life International Holding AG

Assicurazione collettiva decesso e invalidità totale permanente "Vita Plus" VISxWIN



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

Prodotto: Contratto di assicurazione collettiva in caso di decesso e invalidità totale permanente in forma di temporanea di gruppo

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 Vita sono come da Glossario delle Condizioni di assicurazione.

Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione collettiva di puro rischio è destinata ai datori di lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa e copre il decesso e l'invalidità totale e permanente, da ogni causa dei loro dipendenti e/o collaboratori. L'obbligo è derivante da un Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria (CCNL), da un regolamento aziendale o da un accordo integrativo.



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Dolo del Beneficiario;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ✗ Partecipazione 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 viaggia come militare o civile 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;
- ✗ Trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ Partecipazione attiva e volontaria dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano moventi politico o sociale;
- ✗ Abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- ✗ Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.);
- ✗ Limitatamente ai casi di Invalidità totale e permanente, sono esclusi dalla copertura i soggetti ai quali, in epoca antecedente al momento dell'ingresso in assicurazione, sia già stato riconosciuto, da parte dell'INPS in ambito previdenziale, la pensione di inabilità o in subordine l'assegno di invalidità



Ci sono limiti di copertura?

- Limiti di età: solo per Assicurati con Età assicurativa alla Data di decorrenza ≥ 18 e ≤ 76
- Somma assicurata massima per testa: euro 1.000.000
- Limiti territoriali: solo per Assicurati abitualmente domiciliati nel Territorio italiano;
- Limiti catastrofali:
 - (i) Assicurati impiegati presso lo stesso Contraente o Datore di lavoro associato: massimo 6 volte la Somma assicurata media nell'anno solare al momento del Sinistro e massimo 5 Eventi per annualità di Contratto
 - (ii) Assicurati impiegati presso diversi Datori di lavoro associati allo stesso Contraente: importo massimo totale pari a euro 10.000.000.
- Assunzione in copertura solo con attestazione di Dipendente attivamente al lavoro
- Accertamenti sanitari obbligatori oltre il Free Cover limit



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 giorni dal decesso dell'Assicurato, il Beneficiario deve trasmettere alla Compagnia questi documenti: denuncia di Sinistro; copia di un proprio documento di identità/riconoscimento e del codice fiscale; certificato di morte dell'Assicurato; modulo ISTAT "Scheda di morte" o certificato medico attestanti la causa del decesso e gli ulteriori documenti necessari a comprovare il proprio diritto a ricevere la Somma assicurata.
- Invalidità totale permanente: entro 30 giorni dal verbale (INPS/INAIL/altro ente) che attesta l'invalidità totale permanente, l'Assicurato dovrà trasmetterlo alla Compagnia insieme a questi documenti: denuncia di Sinistro; copia di un documento di identità/riconoscimento; certificato del medico curante e documentazione medica; dichiarazione del datore di lavoro.
- 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?

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 a partire dalla Data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata di un anno e si rinnova tacitamente ad 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.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Assicurazione collettiva in caso di decesso 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 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 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; 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 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 ai Datori di Lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per coprire gli obblighi derivanti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di categoria, dai regolamenti aziendali o dagli 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 di collaboratori di aziende Contraenti o Associate, abitualmente domiciliati nel territorio italiano.

Questa assicurazione è una collettiva di puro rischio e copre il decesso e l'invalidità totale 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 15% 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 16% ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa. Non tiene conto di eventuali rappel e partecipazione agli utili.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>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</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>
<p>All'IVASS</p>	<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>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</p>	
<p>Arbitro Assicurativo</p> <p>OPPURE</p> <p>diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET</p>	<p>Presentando ricorso: all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui 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.</p>
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.</p>
<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	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Imposta sui Premi: I Premi delle coperture assicurative oggetto di questa Assicurazione non sono soggetti a imposta fiscale.</p> <p>Tassazione delle Somme assicurate: le Somme assicurate, corrisposte dalla copertura assicurativa, sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni.</p> <p>I premi per la copertura del rischio Morte, Invalidità Permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 917/86, e successive modifiche e integrazioni. Se solo una parte del premio pagato per l'assicurazione è destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente per questa parte.</p>
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<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 https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico.</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<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>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<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>

Condizioni di Assicurazione

Guida alla lettura

Le Condizioni di Assicurazione sono uno strumento importante che contiene tutto ciò che riguarda il prodotto, diritti e doveri del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario (o dei Beneficiari) e anche della Compagnia. Da qui lo sforzo della Compagnia per renderlo più facilmente fruibile attraverso una semplificazione del linguaggio, per quanto possibile, e un'impostazione grafica che punta a massima chiarezza e trasparenza. In particolare si segnala che:

- È stato messo a punto un format grafico con evidenziazioni 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 di assicurazione nella versione PDF sono stati resi cliccabili e riconducono immediatamente all'Articolo indicato
- Al termine delle Condizioni di assicurazione è stato aggiunto un Allegato contenente informazioni utili per Contraente/Assicurato e Beneficiario non obbligatorie per legge (e quindi al di fuori del Contratto).

Un'ultima nota

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

Importante

Indica un contenuto che va letto con particolare attenzione

Nota bene

Contiene testi di approfondimento ma anche indicazioni di valore, di cui tenere conto.

Cosa dice la legge

qui si trovano brevi sezioni di Leggi importanti per le Condizioni di assicurazione

Esempi

Nascono con l'intento di spiegare meglio alcuni passaggi delle Condizioni di assicurazione

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 \(A\)](#), [All. 2](#), ecc.

Questo simbolo rimanda all'Allegato

Indice

Condizioni che regolano l'Assicurazione collettiva decesso e invalidità totale e permanente "Vita Plus" VISxWIN

Parte I	Oggetto del Contratto e somma assicurata	3
Articolo 1	Oggetto. Il Contratto in sintesi	3
Articolo 2	Assicurati. Chi sono le persone assicurate	3
Articolo 3	Somma assicurata. Quali coperture offre il Contratto	4
Articolo 4	Beneficiari. Chi sono i Beneficiari in questo Contratto	6
Articolo 5	Età. I limiti di età del Contratto	7
Articolo 6	Suicidio	8
Articolo 7	Esclusioni. Cosa non è coperto dal Contratto	8
Articolo 8	Sinistro che colpisce più Assicurati: i massimali previsti	9
Parte II	Conclusioni e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	10
Articolo 9	Conclusioni del Contratto e durata della garanzia assicurativa	10
Articolo 10	Ingresso e permanenza in Assicurazione	11
Articolo 11	Variazioni della popolazione assicurata in corso di Contratto	12
Articolo 12	Documentazione sanitaria accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati	13
Articolo 13	Copertura provvisoria. Quando si attiva	14
Parte III	Il pagamento dei premi	16
Articolo 14	Premi di Assicurazione	16
Articolo 15	Pagamento dei Premi e risoluzione del Contratto	16
Parte IV	La gestione dei sinistri	18
Articolo 16	Denuncia, accertamento e liquidazione del Sinistro	18
Articolo 17	Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro. Come comunicare il Sinistro alla Compagnia	23
Parte V	Disposizioni Generali	24
Articolo 18	Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente	24
Articolo 19	Legge applicabile	25
Articolo 20	Modifiche contrattuali	25
Articolo 21	Modalità di consegna della documentazione informativa	25
Articolo 22	Disdetta e diritto di recesso	26
Articolo 23	Reclami e Arbitro Assicurativo	26
Parte VI	Informativa Privacy	28
Parte VII	Glossario	31
Allegato 1	Importante da sapere	34
Allegato 2	Tabella Modalità Assuntiva	37
Allegato 3	Tassi	38
Allegato 4	Informativa sul diritto all'oblio oncologico	40

Parte I

Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate

ARTICOLO 1

OGGETTO Il Contratto in sintesi

Questa è un'Assicurazione collettiva: prevede un premio unico, mono-annuale, ecopre due rischi: decesso e invalidità totale e permanente da ogni causa (malattia o infortunio) degli Assicurati.

In particolare presuppone:

- un unico Contraente che firma un unico Contratto per conto di una pluralità di Assicurati;
- la copertura di una categoria intera di Assicurati;
- una Somma assicurata spettante al Beneficiario → [Art. 4](#) in caso di Sinistro, stabilita in base a criteri uniformi che non dipendono dalla volontà dell'Assicurato stesso.

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:

- i lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.);
- le persone che ricoprono una carica negli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, etc.) e
- i collaboratori attuali e futuri, delle aziende Contraenti o dei Datori di lavoro associati.

Le persone che ricoprono una carica negli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e /o i collaboratori delle aziende Contraenti o dei Datori di lavoro associati possono essere inclusi in copertura esclusivamente laddove fosse assunta in copertura anche una categoria di lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.).

Le categorie sopra citate sono coperte senza nessuna limitazione per settore di attività e natura dell'azienda, fatta eccezione per:

- squadre o associazioni/federazioni sportive;
- forze armate, forze dell'ordine, personale penitenziario, corpi di pace, vigilanza privata e simili;
- personale medico e paramedico;
- artisti e circensi;
- lavoratori stagionali;
- lavoratori interinali;
- subacquei professionisti;
- piloti professionisti;
- personale operante su piattaforme off-shore;
- lavoratori domestici (che si occupano della casa e/o della cura di bambini o di soggetti non autosufficienti);
- che risultano esclusi.

Per attivare la copertura, può essere necessario un accertamento preventivo delle condizioni di salute dell'Assicurato → [Art. 12](#)

ARTICOLO 3

SOMMA ASSICURATA Quali coperture offre il Contratto

Il Contratto prevede il pagamento in un'unica soluzione della Somma assicurata per l'importo massimo di € 1.000.000 al Beneficiario, solo se il Contraente è in regola con il pagamento dei Premi e l'Assicurato è incluso in copertura.

L'importo della Somma assicurata è determinato in conformità ai CCNL di categoria, ai regolamenti e/o accordi integrativi aziendali in vigore ed è indicato per ciascun Assicurato nell'Anagrafica predisposta dal Contraente.

Restano sempre ferme le cause di esclusione e i massimali previsti dall'Assicurazione.
→ [Art. 7](#)

Più in dettaglio:



Copertura decesso

Il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa.



Copertura invalidità totale e permanente

Si verifica una invalidità totale e permanente nel caso in cui, a seguito di una malattia e/o un infortunio che abbiano determinato una sopravvenuta infermità/lesione o un sopraggiunto difetto fisico o mentale, indipendenti dalla volontà dell'Assicurato ed oggettivamente accertabili, quest'ultimo veda ridotta, in modo permanente, secondo la percentuale riportata in Polizza, la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini di un grado superiore o uguale al 66%.

Perché sia indennizzata l'invalidità totale e permanente deve avere causato la cessazione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento, fatta eccezione per i casi disciplinati diversamente dal CCNL, regolamento e/o accordo integrativo aziendale applicabile.

Importante

Nessuna copertura sarà operante nel caso in cui l'Assicurato prosegua nel rapporto di lavoro nonostante gli sia già stato riconosciuto, in qualsiasi epoca, uno stato di invalidità permanente di grado superiore a quanto indicato in Polizza.

ARTICOLO 4

BENEFICIARI

Chi sono i Beneficiari in questo Contratto

I Beneficiari della Somma assicurata sono i soggetti indicati dai CCNL, dai regolamenti e/o accordi integrativi aziendali in vigore.

In assenza di indicazioni specifiche i Beneficiari sono:

- l'Assicurato stesso, in caso di **invalidità totale e permanente**;
- gli eredi testamentari in caso di **decesso**. In mancanza di testamento sono gli eredi legittimi dell'Assicurato e la Somma assicurata sarà suddivisa in parti uguali.

La comunicazione di nomina / revoca / modifica del Beneficiario in forma testamentaria costituisce un atto unilaterale recettizio. Ciò implica che non potrà essere opposto alla Compagnia fino a che stessa non ne avrà ricevuta comunicazione per iscritto. Il contenuto della comunicazione diventa efficace dal momento in cui la Compagnia ne è venuta a conoscenza.

[FAQ] Beneficiari in caso di invalidità totale permanente



Cosa accade se l'Assicurato/ Beneficiario decede dopo il riconoscimento dell'invalidità ma prima di aver ricevuto il pagamento della Somma assicurata?

Il diritto si trasferisce dal Beneficiario deceduto ai suoi eredi, che dovranno pertanto inviare un documento (**Atto notorio → All. 1 (D)** o **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. 1 (C)**) che li identifichi come tali. Gli eredi del Beneficiario riceveranno la Somma assicurata secondo le quote di loro spettanza stabilite dal Diritto successorio.



Può un soggetto diverso dall'Assicurato essere indicato come Beneficiario?

Purtroppo no. Solo nel caso in cui l'Assicurato/Beneficiario sia dichiarato incapace di intendere e volere, il curatore/tutore nominato dovrà inviare i documenti necessari alla sua identificazione e diverrà destinatario della Somma assicurata in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, nei limiti e con le modalità indicate nell'atto di nomina di curatore/tutore.

[FAQ] Beneficiari in caso di decesso



Cosa accade se uno dei Beneficiari, in qualità di erede legittimo dell'Assicurato, rinuncia all'eredità?

Rinunciare all'eredità da parte degli eredi legittimi non comporta anche la rinuncia al beneficio assicurativo, la Compagnia è quindi comunque tenuta a corrispondere al Beneficiario la Somma assicurata.



Cosa accade se uno dei Beneficiari decede prima dell'Assicurato?

In caso di premorienza del Beneficiario la Somma assicurata sarà pagata ai suoi eredi per subentro/rapresentazione. La quota che spetta al Beneficiario deceduto sarà ripartita tra i suoi eredi in parti uguali: gli eredi dovranno pertanto inviare un documento (**Atto notorio → All. 1 (D)** o **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. 1 (C)**) che li identifichi come tali.



Cosa accade se uno dei Beneficiari decede dopo l'Assicurato ma prima di aver ricevuto il pagamento (liquidazione) della Somma assicurata?

In questo caso la quota parte del Beneficiario deceduto verrà pagata ai suoi eredi legittimi in questo modo:

- nel caso in cui sia stato delegato a ricevere le somme e distribuirle un esecutore testamentario o un notaio la Compagnia dovrà corrispondere la Somma assicurata a quest'ultimo, che ne gestirà la corretta ripartizione tra gli eredi del Beneficiario deceduto;
- senza delega valgono le comuni leggi successorie: la Compagnia corrisponderà la Somma assicurata direttamente agli eredi del Beneficiario deceduto secondo le quote spettanti dopo che ciascuno di essi abbia dimostrato di averne diritto per una determinata quota e di aver accettato l'eredità.

Vista la complessità del caso, si invitano comunque gli eredi del Beneficiario deceduto a contattare la Compagnia per conoscere la documentazione necessaria per ottenere il pagamento.

ARTICOLO 5

ETÀ
I limiti di età del Contratto

L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati inclusi nell'Anagrafica predisposta dal Contraente che, alla Data di decorrenza, abbiano compiuto 18 anni di Età Assicurativa e non ne abbiano ancora compiuti 76 di Età Assicurativa.

Superato il limite di età, la copertura cessa e non può essere rinnovata, salvo diverso accordo con la Compagnia.

Cosa si intende per Età Assicurativa?

L'età dell'Assicurato viene calcolata alla Data di decorrenza in questo modo:

- nei 6 mesi successivi all'ultimo compleanno, l'età è quella corrente (Esempio: Giovanna alla Data di decorrenza del Contratto ha 36 anni, 5 mesi e 29 giorni → la sua Età Assicurativa è di 36 anni);
- oltre i 6 mesi successivi all'ultimo compleanno, l'età è la prossima da compiere (Esempio: Giovanna alla Data di decorrenza del Contratto ha 36 anni, 6 mesi e 1 giorno → la sua Età Assicurativa è di 37 anni).

Esempio

ARTICOLO 6

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 anni dalla Data di inclusione nell'Assicurazione.

Articolo 1927 del 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 non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

Cosa dice
la legge

ARTICOLO 7

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, in tutto o in parte da:

- a) dolo del Beneficiario: vi è dolo quando l'Evento, che è il risultato dell'azione od omissione del Beneficiario, è da questi previsto e voluto (con vari gradi di intensità) come conseguenza (anche solo possibile) della propria azione od omissione;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) 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;
- d) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia come militare o civile 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;
- e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- g) abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- h) pratica anche puramente ricreativa di queste attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, etc.);
- i) limitatamente ai casi di Invalidità totale e permanente, i soggetti ai quali, in epoca antecedente al momento dell'ingresso in assicurazione, sia già stato riconosciuto, da parte dell'INPS in ambito previdenziale, la pensione di inabilità o in subordine l'assegno di invalidità.

Caso particolare: CCNL Dirigenti Industria

In caso di scelta del prodotto previsto per CCNL Dirigenti Industria, non sono previste le esclusioni di cui al punto g) e h)

Cosa succede nei casi di esclusione

In tutti i casi di esclusione qui indicati, la Compagnia non pagherà alcuna Somma assicurata e restituirà al Contraente un importo pari al rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto, al netto di eventuali costi accessori riportati in Polizza.

Importante

ARTICOLO 8

SINISTRO CHE COLPISCE PIÙ ASSICURATI:
I MASSIMALI PREVISTI

L'Assicurazione copre anche i Sinistri che colpiscono più Assicurati in conseguenza di un unico Evento accidentale. Questi i massimali:

- a) nel caso in cui gli Assicurati siano tutti impiegati in una medesima categoria di lavoratori presso il medesimo Contraente associato, la Compagnia corrisponde un importo complessivo fino a un massimo di 6 volte la Somma assicurata media nell'anno solare in corso al momento del Sinistro, per non più di 5 Eventi per ciascuna annualità di Contratto.
- b) nel caso in cui gli Assicurati siano impiegati presso diversi Datori di lavoro associati allo stesso Contraente, la Compagnia corrisponde fino ad un importo massimo totale di € 10.000.000.

Importante

Superamento dei massimali

Se la Somma assicurata complessivamente dovuta eccede questi massimali, la Compagnia riduce e liquida l'importo in proporzione al numero degli Assicurati colpiti dal medesimo Evento accidentale e alle rispettive Somme assicurate.

Parte II

Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle coperture assicurative

ARTICOLO 9

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DURATA DELLE COPERTURE



Il Contratto è concluso nel momento in cui la Compagnia 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 a partire 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 per iscritto 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.

Pagamento del premio

Il Contraente deve versare il Premio secondo le modalità e i termini indicati in Polizza e nelle presenti Condizioni di assicurazione → [Art. 14 e 15](#)

Mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del Premio entro i termini, l'Assicurazione resta sospesa dalle 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento. Le coperture si (ri)attiveranno dalle 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.

I Sinistri accaduti durante il periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Compagnia fino alla riattivazione delle coperture.

Quando inizia la copertura per l'Assicurato

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione ha effetto dalle 00:00 della Data di inclusione, fermo restando il caso di sospensione delle coperture per mancato pagamento del Premio.

Quando cessa la copertura

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione cessa:

- il giorno di risoluzione, per qualsivoglia motivo, del rapporto di lavoro e/o di collaborazione tra l'Assicurato e il Contraente o il Datore di lavoro associato;
- al termine del Periodo di assicurazione, salvo rinnovo;

Importante

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

ARTICOLO 10

INGRESSO E PERMANENZA IN ASSICURAZIONE

L'attivazione delle coperture assicurative per ciascun Assicurato è subordinata:

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti → [Art. 12](#)
- al corretto pagamento del Premio;
- alla presentazione del consenso sottoscritto dall'Assicurato secondo l'articolo 1919, comma 2 del Codice Civile, da rilasciarsi nei soli casi previsti dalla legge, sottoscrivendo il modulo messo a disposizione dalla Compagnia.

Articolo 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.

Cassazione civile sez. III, 15/02/2018, n. 3707

“In tema di assicurazione sulla vita, l'art. 1919, comma 2, c.c., nel subordinare la validità dell'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo al consenso scritto del medesimo, si riferisce all'ipotesi in cui il terzo si venga a trovare nella posizione di mero portatore del rischio, mentre i benefici del contratto assicurativo spettino esclusivamente al contraente o a persona da questo designata nel proprio interesse, sicché la necessità del consenso del terzo non sussiste quando il beneficiario dell'assicurazione non sia il contraente ma il terzo stesso, ovvero i suoi eredi o comunque soggetti da lui indicati, configurandosi in tal caso un'assicurazione sulla vita a favore di un terzo, regolata dall'art. 1891 c.c..”

Il Contraente si impegna

a fornire alla Compagnia:

- l'Anagrafica delle persone da assicurare secondo le modalità concordate;
- ogni documento richiesto dalla Compagnia e necessario per inserire gli Assicurati nella copertura.

a consegnare a ciascun Assicurato:

- questo Set informativo;
- ogni altro documento previsto dal Contratto.

Per consentire un'esatta valutazione dei rischi e individuare la Somma assicurata, il Contraente deve informare la Compagnia dell'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita e/o sugli infortuni stipulata dallo stesso Contraente o di cui sia a conoscenza, a copertura degli Assicurati di cui richiede l'ingresso in Assicurazione.

Cosa dice la legge



Al fine di consentire il rinnovo del Contratto, **entro 30 giorni dalla sua data di scadenza**, il Contraente deve comunicare alla Compagnia le variazioni rilevanti intervenute rispetto alla propria struttura societaria, ai Datori di lavoro associati e alla popolazione assicurata nonché le eventuali modifiche da apportare in base ai CCNL di categoria e ai regolamenti e/o accordi integrativi aziendali applicabili.

ARTICOLO 11

VARIAZIONI DELLA POPOLAZIONE ASSICURATA IN CORSO DI CONTRATTO

Per gli Assicurati che entrano nella 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 1.000 euro ma poiché Giovanna resta in copertura solo per 9 mesi (270 giorni) il rateo di Premio da versare è calcolato come segue: $(1.000/360) \times 270 = 750$ euro.

Per gli Assicurati che escono dalla copertura durante il Periodo di assicurazione per cause diverse dal decesso e dall'invalidità totale e permanente, 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 ad 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:

- entro 20 giorni dalla fine di ciascun mese il Contraente trasmette alla Compagnia, secondo le modalità concordate, l'Anagrafica aggiornata della popolazione assicurata, evidenziando le variazioni in entrata e in uscita del mese appena trascorso;
- sulla base di questa Anagrafica aggiornata, la Compagnia emette le Appendici di variazione e di regolazione del Premio;
- per tutte le nuove inclusioni in copertura, la Compagnia applica una quota di Premio, calcolata come sopra, che il Contraente è tenuto a pagare **entro 60 giorni dalla fine di ciascun mese**;
- le regolazioni di Premio derivanti dalle variazioni in aumento della popolazione assicurata in corso di contratto vengono effettuate dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun mese. In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, le coperture assicurative degli Assicurati entranti 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. Fatti salvi i casi di sospensione per mancato pagamento del Premio nei termini previsti dall'Assicurazione, le coperture per ciascun Assicurato decorrono dalle ore 00:00 della Data di inclusione in copertura e terminano alle ore 24:00 della data indicata nella Polizza e nelle relative appendici;



- per gli Assicurati uscenti, la copertura termina dalle ore 24:00 del giorno in cui si è verificata la situazione che ne ha comportato la cessazione (es. risoluzione del rapporto di lavoro) e la Compagnia rimborsa al Contraente il rateo di Premio non goduto, calcolato come sopra, entro 60 giorni dalla fine di ciascun mese.

ARTICOLO 12

DOCUMENTAZIONE SANITARIA: ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI



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>In questo caso la Compagnia prevede l'assunzione diretta e in continuità degli Assicurati, previa ricezione della polizza sottoscritta con la precedente compagnia.</p> <p>La Compagnia mantiene i Sovrappremi, le limitazioni e le esclusioni eventualmente già applicate al singolo Assicurato, sino ad un massimo del tasso applicato del 250%.</p> <p>Trascorsi 3 anni dalla Data di inclusione dell'Assicurato, la Compagnia, si riserva il diritto di rivedere le valutazioni che hanno portato all'originaria applicazione di Sovrappremi, limitazioni ed esclusioni, anche richiedendo all'Assicurato di sottoporsi a un accertamento delle sue condizioni di salute.</p> <p>Per l'ingresso di nuovi Assicurati verrà applicata la procedura successiva.</p>
<p>Nuovi rischi NON provenienti da altre compagnie assicurative</p>	<p>In questo caso il requisito indispensabile perché un Assicurato possa essere assunto in copertura è che il Contraente o il Datore di lavoro associato ne certifichi la condizione di Dipendente attivamente al lavoro.</p> <p>Ove tale condizione non fosse certificabile, la Compagnia si riserva il diritto di assumere in copertura l'Assicurato alternativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dalle 00:00 del giorno in cui torni a essere un Dipendente attivamente al lavoro, come certificato dal Contraente o dal Datore di lavoro associato; oppure ● dopo aver compiuto una valutazione del suo stato di salute, effettuata tramite il Questionario Anamnestico. <p>Per attivare una copertura assicurativa con Somma assicurata superiore al Free Cover limit è sempre richiesto, anche al Dipendente attivamente al lavoro, il preventivo accertamento delle condizioni di salute, secondo quanto indicato nella tabella → AII. 2</p> <p>La Compagnia si riserva il diritto di richiedere – anche in base alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di Assicurati e all'entità delle Somme assicurate – particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari.</p>

Importante

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.

La Compagnia si riserva l'applicazione di Sovrappremi, limitazioni ed esclusioni personalizzate.

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 alla Somma assicurata, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Importante

Articolo 1892 del 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.

Articolo 1893 del 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.

Cosa dice la legge

ARTICOLO 13

COPERTURA PROVVISORIA: Quando si attiva

Se, a causa della Somma assicurata richiesta nel Contratto, la copertura deve essere attivata previo esito positivo di accertamenti sanitari → [Art. 12](#), durante il periodo di tempo necessario a tali accertamenti la Compagnia copre l'Assicurato per la somma prevista dal Free Cover limit.

Importante

Fatti salvi tutti gli altri requisiti di assicurabilità, la Compagnia si riserva di non concedere la copertura assicurativa provvisoria a persone con abilità al lavoro risultata già ridotta al momento della richiesta di attivazione e di svolgere i necessari approfondimenti per la valutazione del rischio.

Le fasi di accertamento. Accettazione o rifiuto della richiesta.

- 1) La documentazione di accertamento deve essere presentata entro e non oltre 90 giorni dalla Data di inclusione nella copertura provvisoria. Se la documentazione richiesta non è presentata nei termini, la Compagnia non incrementa la Somma assicurata e la copertura prosegue per la somma prevista dal Free Cover limit già attiva con la copertura provvisoria.
- 2) Esaminata la documentazione, la Compagnia può:
 - richiedere ulteriore documentazione sanitaria integrativa;
 - proporre particolari condizioni di accettazione (Sovrappremi, limitazioni ed esclusioni specifiche);
 - accettare di coprire l'Assicurato per la Somma assicurata richiesta;
 - rifiutare di coprire l'Assicurato per la Somma assicurata richiesta.
- 3) Nel caso in cui accetti di coprire l'Assicurato per la Somma assicurata richiesta, la copertura ha effetto dalla Data di inclusione e la Compagnia comunica al Contraente l'incremento del Premio, in funzione della nuova Somma assicurata, l'eventuale Sovrappremio dovuto e/o l'eventuale assunzione del rischio con limitazioni e/o esclusioni per ogni singolo Assicurato. La Compagnia comunica tali limitazioni e/o esclusioni anche all'Assicurato. Il Contraente deve saldare l'incremento di Premio e l'eventuale Sovrappremio alla prima data utile, secondo il calendario delle regolazioni di pagamento concordate con la Compagnia.

Se l'Assicurato si sottopone agli accertamenti sanitari e la Compagnia rifiuta di accordare la Somma assicurata richiesta oppure se l'Assicurato rifiuta l'eventuale richiesta di Sovrappremio e/o di limitazioni/esclusioni specifiche, la copertura prosegue per la somma prevista dal Free Cover limit, già attiva con la copertura provvisoria.

Parte III

Il pagamento del Premio

ARTICOLO 14

PREMI DI ASSICURAZIONE



Il Premio, dovuto dal Contraente per ciascun Assicurato è determinato secondo i tassi riportati nella Proposta di assicurazione accettata dal Contraente.

I tassi di tariffa sono espressi in millesimi e variano in funzione dell'Età assicurativa dell'Assicurato.

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

La Compagnia calcola il Premio annuale a carico del Contraente sulla base dell'Anagrafica ricevuta ed emette la polizza entro 60 giorni.

Periodicamente la Compagnia calcola le variazioni del Premio a carico del Contraente, emettendo apposite Appendici sulla base delle variazioni in entrata e in uscita degli Assicurati → [Art. 11](#)

ARTICOLO 15

PAGAMENTO PREMI DEI PREMI E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il Premio è sempre calcolato per Periodi di assicurazione della durata di 1 anno (salvo il caso di Contratti di durata inferiore) ed è interamente dovuto.

Il Contraente paga il Premio tramite bonifico bancario direttamente alla Compagnia o al Distributore, secondo le modalità ed entro i termini indicati nel Certificato di Assicurazione e nelle eventuali Appendici.

Importante

Cosa succede in caso di mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del Premio entro i termini, l'Assicurazione resta sospesa dalle 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento. Le coperture si (ri)attivano dalle 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.

I Sinistri accaduti durante il periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non vengono presi in carico dalla Compagnia fino alla riattivazione delle coperture.

Rispetto a ciascuna scadenza, la Compagnia concede al Contraente un termine di tolleranza di 60 giorni, trascorso il quale sono dovuti gli interessi legali.

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

Parte IV

La gestione dei sinistri

ARTICOLO 16

DENUNCIA, ACCERTAMENTO E LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO



16.1. DECESSO DELL'ASSICURATO Cosa fare

Entro 30 giorni dal decesso dell'Assicurato, il Beneficiario deve contattare la Compagnia e produrre i documenti che comprovano il decesso, necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e individuare chi ha diritto a riceverlo.



I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

<p>Per verificare le circostanze del decesso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Denuncia di Sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario; ● Certificato di morte rilasciato dal Comune di residenza; ● Modulo ISTAT "Scheda di morte" con la causa del decesso emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di residenza) o, in alternativa, in forma di certificato medico attestante la causa del decesso.
<p>Per ciascun Beneficiario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità → All. 1 (A); ● Copia del codice fiscale; ● Copia di un valido documento di designazione del Beneficiario se questo non sia già in possesso della Compagnia (ad esempio la Polizza, un'Appendice, una lettera di nomina o un testamento). Nel caso in cui il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali diverse da quanto previsto nella documentazione in possesso della Compagnia o quando quest'ultima contesti l'autenticità della documentazione prodotta, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere la documentazione in originale.



CASI PARTICOLARI: DOCUMENTI AGGIUNTIVI

<p>Beneficiari eredi testamentari</p>	<p>Copia autentica oppure estratto autentico dell'atto di ultima volontà (testamento) → All. 1 (B)</p> <p>oppure</p> <p>dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. 1 (C) rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso a che la Compagnia ne faccia uso secondo quanto disposto, dalla quale risulta chi sono i Beneficiari e che essi, sotto la propria responsabilità, hanno espletato e compiuto ogni tentativo in loro potere per accertare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale è ritenuto valido; ● non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti; ● non vi sono altri ai Beneficiari oltre a quelli menzionati nella dichiarazione; ● nel testamento non vi sono revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari.
<p>Beneficiari eredi legittimi → All. (F)</p>	<p>Atto notorio → All. 1 (D) redatto da un notaio comprovante che il Beneficiario non ha lasciato testamento e indicante le generalità, stato civile, capacità ed età degli eredi legittimi,</p> <p>oppure</p> <p>dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. 1 (C), rilasciata dinnanzi a un pubblico ufficiale e contenente il consenso a che la Compagnia ne faccia uso secondo quanto disposto, in cui risulta che gli eredi, sotto la propria responsabilità, hanno compiuto ogni tentativo in proprio potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie e dalla quale risulta chi sono tutti gli eredi legittimi.</p>
<p>Beneficiari minorenni, incapaci o sottoposti ad Amministrazione di sostegno</p>	<p>Copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare → All. 1 (E) che individua e autorizza il legale rappresentante a riscuotere la Somma dovuta, esonerando la Compagnia da ogni responsabilità sul pagamento e sul suo reimpiego e indica il conto corrente su cui effettuare l'accredito.</p>
<p>Beneficiari diversi da persone fisiche</p>	<p>Nel caso in cui il Beneficiario sia una soggetto diverso da una persona fisica, si prega di rivolgersi alla Compagnia per ricevere l'elenco completo della documentazione da produrre.</p>



PAGAMENTO IN FAVORE DEGLI EREDI DEL BENEFICIARIO DECEDUTO:

<p>Eredi legittimi del Beneficiario deceduto</p>	<p>Atto notorio → All. 1 (D) redatto da un notaio, comprovante che il Beneficiario non ha lasciato testamento, indicante le generalità, stato civile, capacità ed età degli eredi legittimi, oppure;</p> <p>dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. (C) rilasciata dinnanzi a un pubblico ufficiale e contenente il consenso a che la Compagnia ne faccia uso secondo quanto disposto, in cui risulta che gli eredi del Beneficiario, sotto la propria responsabilità, hanno compiuto ogni tentativo in proprio potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie e dalla quale risulta chi sono tutti gli eredi legittimi.</p>
<p>Eredi testamentari del Beneficiario deceduto</p>	<p>Copia autentica oppure estratto autentico dell'atto di ultima volontà (testamento) → All. (B)</p> <p>oppure</p> <p>dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. (C) rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale e contenente il consenso a che la Compagnia ne faccia uso secondo quanto disposto, dalla quale risulta chi sono i Beneficiari e che essi, sotto la propria responsabilità, hanno espletato compiuto ogni tentativo in loro potere per accertare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale è ritenuto valido; ● non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti; ● non vi sono altri ai Beneficiari oltre a quelli menzionati nella dichiarazione; ● nel testamento non vi sono revoche o modifiche della designazione degli eredi del Beneficiario.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo 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 Società tale documentazione o, qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla, può sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa per suo conto.

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

Tempistiche di valutazione e pagamento

Una volta ricevuta tutta la documentazione necessaria, la Compagnia ha tempo 30 giorni per esaminarla: se risulta valida e completa ed è riconosciuto il diritto alla Somma assicurata, la Compagnia si impegna a effettuare il pagamento entro i successivi 30 giorni.



Importante

Non sono coperti i decessi avvenuti in una data che non rientra nel Periodo di assicurazione o nel periodo di validità dell'Assicurazione.



16.2. INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO

Cosa fare

L'Assicurato deve denunciare il Sinistro entro 30 giorni da quando entra in possesso dell'attestazione dello stato di invalidità totale permanente emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente.



I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

- Denuncia di Sinistro sottoscritta dall'Assicurato;
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato
- Copia della richiesta inviata a INPS/INAIL per l'attestazione dello stato d'invalidità e gli esiti della richiesta;
- Certificato dettagliato del medico curante dell'Assicurato sulle cause e sul decorso della malattia o sulle lesioni che hanno causato l'invalidità, insieme alla copia delle cartelle cliniche dei ricoveri;
- Dichiarazione su carta intestata del datore di lavoro che riporta la data di inizio e l'eventuale data di fine del rapporto di lavoro.

Importante

Nel caso in cui la Somma assicurata sia superiore a quella prevista dal CCNL, dal regolamento e/o dall'accordo integrativo aziendale di riferimento (o al Free Cover limit, se maggiore), la Compagnia, dopo aver ricevuto la documentazione necessaria, si riserva di accertare in autonomia l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato **con spese a carico di quest'ultimo**. Tale accertamento prevale su ogni altro, compresa la pronuncia dell'INPS, dell'INAIL o di altro ente competente. È fatto salvo il diritto dell'Assicurato a richiedere alla Compagnia l'accertamento autonomo per tutta la Somma assicurata: anche in questo caso l'accertamento condotto prevale rispetto a ogni altro.

Caso particolare: CCNL Dirigenti Industria

Per le somme assicurate del CCNL Dirigenti Industria, la Compagnia riterrà valido l'accertamento dello stato di Invalidità Totale Permanente del dirigente Assicurato formulato:

- dall'INPS o altro Ente Previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità o del primo riconoscimento di invalidità;
oppure
- dall'INAIL in caso di invalidità totale permanente di origine professionale, sempre che non ricorra l'ipotesi precedente.

Importante

Non sono coperti i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza indicata nel documento di attestazione / verbale di accertamento non rientra nel Periodo di assicurazione o, comunque, nel periodo di validità dell'Assicurazione.

Caso particolare: rischi provenienti da altre compagnie o Enti Assistenziali

Nei soli casi di rischi provenienti da altri assicuratori o Enti Assistenziali, in deroga a quanto indicato nel precedente box "Importante", per garantire la continuità della copertura, la Compagnia potrà, su richiesta del Contraente e previa indicazione in Polizza:

- prendere in carico i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza, indicata nel verbale di accertamento dell'invalidità (o per i dirigenti delle aziende di produzione di beni e servizi - CCNL Dirigenti Industria - la data del riconoscimento da parte dell'INPS o altro Ente Previdenziale della pensione di inabilità oppure del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità; o dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale) sia antecedente l'inizio del Periodo di assicurazione ma la cui data di definizione, indicata nel verbale, ricada nel Periodo di assicurazione, salvo che tali casistiche non siano già state liquidate dall'assicuratore precedente;
- escludere i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza indicata nel verbale ricada nel Periodo di assicurazione e la cui data di definizione, indicata nel verbale, sia successiva al termine del Periodo di assicurazione.

Se l'Assicurato decede prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato, salvo i casi di esclusione → [Art. 7](#), l'evento stesso del decesso comporta il riconoscimento dell'invalidità totale permanente: la Compagnia corrisponde la Somma assicurata agli aventi diritto secondo le ripartizioni previste dalla legge.

Esempio

Giovanna, in data 30 marzo 2020, trasmette alla Compagnia una denuncia per invalidità totale permanente. Mentre l'accertamento di tale invalidità è in corso, Giovanna decede. Agli aventi diritto viene riconosciuta la Somma assicurata per invalidità permanente ripartita secondo le quote previste dalla legge.

Tempistiche di valutazione e pagamento

Ricevuta la denuncia di Sinistro oppure dal giorno in cui ha ricevuto tutta la documentazione necessaria (se incompleta alla data di denuncia del Sinistro), la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di invalidità totale permanente e a comunicarne l'esito all'Assicurato entro i successivi 6 mesi.

Se è riconosciuto il diritto alla Somma assicurata, la Compagnia si impegna a effettuare il pagamento entro 30 giorni dalla data di notifica dell'esito.

Importante

Il riconoscimento del diritto alla Somma assicurata potrà avvenire solo a seguito di una denuncia di Sinistro inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione tra l'Assicurato e il Contraente o il Datore di lavoro associato, in assenza di deroga dal CCNL, dal regolamento e/o dall'accordo integrativo aziendale di riferimento.

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



ARTICOLO 17

PROCEDURA DI TRASMISSIONE DELLA DENUNCIA DI SINISTRO



Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata prevista dal Contratto, il richiedente deve trasmettere la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria alla Compagnia → [Art. 16](#), tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente all'indirizzo indicato nella *Guida per la Liquidazione dei Sinistri* allegata alla Polizza.

Per agevolare la richiesta di pagamento della Somma assicurata, la Compagnia mette a disposizione del Contraente, che si impegna a fornirne copia agli Assicurati al momento della loro inclusione in copertura:

- la versione aggiornata della *Guida per la Liquidazione dei Sinistri* con le istruzioni utili per denunciare il Sinistro e l'elenco delle richieste, autorizzazioni e procure nel caso il richiedente incarichi la Compagnia di procedere alla richiesta di documentazione a terzi;
- un fac-simile del modulo di denuncia di Sinistro.

La procedura di accertamento del Sinistro da parte della Compagnia ha inizio alla data di ricezione della denuncia completa.

Il richiedente e la Compagnia cooperano in buona fede durante tutte le fasi del Contratto, in particolar modo in quella dell'erogazione della Somma assicurata, e fanno quanto in loro potere, tenendo conto anche 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.

Nota bene

Il principio di vicinanza della prova prevede che l'onere della prova debba essere ripartito tenendo conto in concreto della possibilità per l'una o per l'altra parte di provare le circostanze che ricadono nelle rispettive sfere d'azione, per cui è ragionevole gravare dell'onere probatorio la parte a cui è più vicino il fatto da provare. Ad esempio, la Compagnia dovrebbe essere già in possesso dell'originale della Polizza o delle contabili di pagamento dei Premi mentre l'Assicurato è certamente il soggetto per cui è più facile reperire e produrre la documentazione medica che lo riguarda.

Denunce di Sinistro incomplete comporteranno tempi di liquidazione più lunghi. Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Società.

Parte V

Disposizioni Generali

ARTICOLO 18

FORO COMPETENTE E CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA RELATIVE ALLA COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE



Il Foro competente per la risoluzione di eventuali controversie sul Contratto è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, se qualificabili come "Consumatori" secondo il Decreto Legislativo n. 206/2005 Codice del Consumo.

Altrimenti il foro competente è esclusivamente quello di Milano.

Cosa accade in caso di controversie di natura medica: il ruolo del Collegio Arbitrale.

Nel caso di controversie di natura medica, riguardanti la quantificazione della prestazione per la copertura invalidità totale e permanente, l'Assicurato, o altro soggetto in sua vece, ha facoltà di contestare la decisione della Compagnia, entro 30 giorni dalla ricezione della stessa, richiedendo l'intervento di un Collegio Arbitrale. A tal fine il richiedente, deve impugnare le decisioni della Compagnia facendo richiesta di arbitrato con lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Il Collegio arbitrale è 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 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 compositore senza formalità di procedura: i risultati delle operazioni devono essere raccolti in un verbale redatto in doppia copia, una per parte.

Le decisioni del Collegio 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 competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo medico.

ARTICOLO 19 LEGGE APPLICABILE



Al Contratto si applica la legge italiana.
Per tutto quanto non espressamente regolato, si applicano le norme di legge in materia.

ARTICOLO 20 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 richiedano modifiche o integrazioni;
- b) cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto, sulla Compagnia o sul Contraente e che richiedano modifiche o integrazioni;
- c) cambiamenti nei CCNL di categoria o nei regolamenti e/o accordi integrativi aziendali che richiedano 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 comunicazione.

ARTICOLO 21 MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE INFORMATIVA



La Compagnia trasmette la documentazione informativa prevista dalla legge al Contraente su supporto cartaceo o, se lo richiede, su un supporto durevole non cartaceo. Il Contraente può richiedere la documentazione su supporto durevole fornendo un indirizzo di posta elettronica valido, al quale accede regolarmente.

Se il Contraente sceglie di ricevere la comunicazione su un supporto durevole non cartaceo, può richiederne gratuitamente anche una copia in formato cartaceo.

Gli Assicurati hanno diritto a richiedere e ricevere gratuitamente dalla Compagnia, attraverso la collaborazione del Contraente, una copia della documentazione precontrattuale e contrattuale.

ARTICOLO 22

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.

Il Contraente ha **30 giorni** di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione dell'Assicurazione, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

ARTICOLO 23

RECLAMI e ARBITRO ASSICURATIVO

RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)
Via San Prospero, 1 – 20121 Milano

e-mail: reclami@pec.elipslife.com

specificando per iscritto e in modo 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 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):

Parte I
Oggetto del
Contratto
e prestazioni
assicurate

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

Parte III
Il pagamento
dei Premi

Parte IV
La gestione
dei Sinistri

Parte V
**Disposizioni
Generali**

Parte VI
Informativa
Privacy

Parte VII
Glossario

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

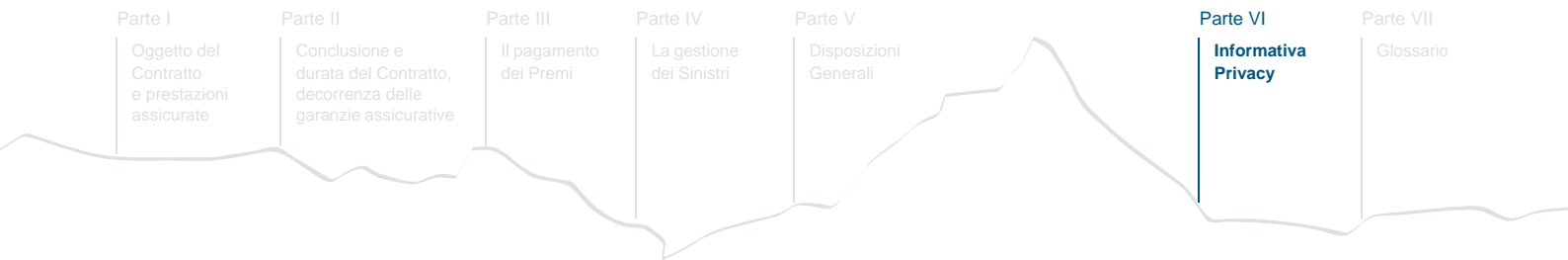
I Dati sono trattati mediante supporti cartacei, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, in conformità alla vigente normativa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

Anagrafica	L'elenco delle persone per le quali si richiede la copertura.
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.
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 del Premio, si impegna a pagare la Somma assicurata nel caso si verifichi l'Evento assicurato.
Beneficiario	Il soggetto che riceve la Somma assicurata prevista dal Contratto al verificarsi dell'Evento assicurato.
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.
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 in tutti i suoi aspetti e possono essere eventualmente integrate o derogate dalle Condizioni speciali riportate in Polizza.
Condizioni Speciali	Insieme di clausole che la Compagnia predispone per disciplinare aspetti particolari del Contratto. Le condizioni speciali sono riportate in Polizza e prevalgono sulle Condizioni di assicurazione".
Contraente VIS	Associazione V.I.S. - Vita in Salute, Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa con sede in Corso Indipendenza 6, 20129 Milano (Italia), C.F. 9762006058, iscritto all'anagrafe dei Fondi sanitari n. 0026060.
Data di decorrenza	Il giorno, riportato in Polizza o nelle sue Appendici, a partire dal quale decorrono le coperture assicurative, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
Data di inclusione	Il giorno, riportato in 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.

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	Il pagamento dei premi	La gestione dei sinistri	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

Dipendente attivamente al lavoro

(Applicabile solo per l'assunzione di nuovi rischi non provenienti da altri assicuratori).

Un **dipendente** è considerato "attivamente al lavoro" se non è stato inabile al lavoro per più di 20 giorni consecutivi per motivi di malattia, infortunio o cura/riabilitazione, nel corso degli ultimi 6 mesi antecedenti la Data di inclusione.

Un **collaboratore** e/o esponente aziendale è considerato "attivamente al lavoro" se non è stato inabile al lavoro per più di 5 giorni nel mese precedente alla Data di inclusione.

Un **nuovo dipendente**, collaboratore e/o esponente aziendale, è da considerarsi attivamente al lavoro se non è inabile al lavoro alla Data di inclusione.

Distributore (o Intermediario)

Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Compagnia e che, a titolo oneroso, svolge attività di consulenza sul Contratto, propone il Contratto (o compie altri atti preparatori relativi alla sua conclusione), conclude il Contratti ovvero collabora, in caso di Sinistri, alla loro gestione ed esecuzione.

Età assicurativa

L'Età assicurativa dell'Assicurato viene determinata alla Data di decorrenza in anni interi e corrisponde:

- all'età compiuta dall'Assicurato, se non siano trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, o
- all'età prossima da compiere, se siano trascorsi almeno 6 mesi dall'ultimo compleanno.

Evento assicurato

Il decesso o l'accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Free Cover limit

La Somma assicurata massima oltre la quale l'Assicurazione prevede l'obbligo di accertamenti sanitari preventivi.

Massimale

Somma massima pattuita che la Compagnia è tenuta a pagare in caso di Sinistro

Periodo di assicurazione

Il periodo durante il quale l'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 e termina alla data indicata in Polizza.

Polizza (o Certificato di Assicurazione)

Il documento rilasciato dalla Compagnia che attesta l'esistenza del Contratto e 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.
Questionario Anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, che la Compagnia utilizza per valutare i rischi che assumerebbe accettando l'Assicurato in copertura.
Sinistro	Il verificarsi dell'Evento assicurato coperto dall'Assicurazione.
Somma assicurata	Il capitale che la Compagnia assicura per il rischio che si verifichi l'Evento assicurato.
Sovrappremio	Maggiorazione di Premio che la Compagnia richiede nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali.
Territorio italiano	Il territorio della Repubblica italiana, compreso lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino

Allegato 1

Importante da sapere


(A) 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

(B) TESTAMENTO

- Cos'è** È un atto revocabile con il quale qualsiasi persona, capace di intendere e volere, dispone delle proprie sostanze per il tempo il cui avrà cessato di vivere.
- Quali tipi di testamento esistono** Nel nostro ordinamento giuridico, vi sono due forme ordinarie di testamento: olografo e per atti di notaio (pubblico o segreto).
- Testamento olografo** è una scrittura privata per la quale sono necessari alcuni requisiti formali:
- l'autografia (non può essere scritto al computer, ma deve essere di proprio pugno);
 - la datazione;
 - la sottoscrizione.
- Testamento pubblico per atto di notaio:** il testamento pubblico che viene ricevuto dal notaio in presenza di due testimoni.



Testamento segreto: il testamento scritto dal testatore o da un terzo e consegnato personalmente al notaio (che quindi non ne conosce il contenuto), il quale redige un semplice verbale di ricevimento.

Attenzione, se il testamento lede i diritti di un erede legittimario, questo potrà agire in giudizio per impugnarlo in tutto o in parte.

(C) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Cos'è Dichiarazione resa per documentare stati, fatti o qualità personali che la persona interessata rilascia sotto la propria responsabilità. Se presentata a soggetti privati (ad es. banche, assicurazioni) la firma deve essere autenticata da uno dei seguenti soggetti: notaio; cancelliere del Tribunale; segretario comunale o ufficiale dell'anagrafe; dipendente incaricato dal Sindaco.

Chi può dichiarare

- Cittadini italiani e dell'Unione europea;
- Cittadini di paesi extracomunitari residenti in Italia per i soli dati e fatti che possono essere attestati dall'amministrazione pubblica italiana anche attraverso convenzioni internazionali.

Casi particolari

- **Minori:** può dichiarare chi ne esercita la patria potestà o il tutore;
- **Interdetti:** può dichiarare il tutore;
- **Inabilitati e minori emancipati:** può dichiarare l'interessato con l'assistenza del curatore;
- **Chi non sa o non può firmare** deve rendere la dichiarazione davanti al pubblico ufficiale
- **Chi si trova in condizioni di temporaneo impedimento** per motivi di salute: la dichiarazione può essere resa davanti al pubblico ufficiale dal coniuge o, in sua assenza dai figli o, in mancanza di questi ultimi, da un parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado.

Normativa di riferimento art. 47 D.P.R. N. 445/2000

(D) ATTO NOTORIO (O ATTO DI NOTORIETÀ)

Cos'è Dichiarazione resa da due testimoni avanti un pubblico ufficiale che può essere effettuata presso un notaio o in qualsiasi Tribunale d'Italia (alcuni Tribunali ammettono la procedura online). I Testimoni non devono essere parenti o futuri parenti del dichiarante.

Per gli atti notori di successione occorre presentare:

- Certificato di morte in carta libera
 - Dati anagrafici di tutti gli eredi
 - Se il defunto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento
 - Se tra i coniugi è intercorsa separazione: copia autentica della sentenza di separazione
- Documenti di identità validi del dichiarante e dei testimoni (nel caso di cittadini extracomunitari anche Permesso di soggiorno)

(E) DECRETO DEL GIUDICE TUTELARE

Cos'è	<p>I genitori o gli esercenti la potestà sui figli minori e il non possono incassare le somme derivanti da una polizza assicurativa a favore del minore se non a seguito di apposita autorizzazione del Giudice Tutelare.</p> <p>Le medesime regole valgono per il tutore, curatore o amministratore di sostegno di persona incapace o sottoposta ad amministrazione di sostegno.</p>
Chi può richiedere al giudice l'autorizzazione (o proporre istanza di autorizzazione)	<ul style="list-style-type: none">● Minori: i genitori congiuntamente o quello di essi che esercita in via esclusiva la potestà.● Incapaci o persone sottoposte ad amministrazione di sostegno: il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno
Come richiedere al giudice l'autorizzazione	<p>L'istanza va depositata in marca da bollo presso il Tribunale ove il minore risiede, allegando i documenti previsti dal Tribunale stesso.</p> <p>I tempi di rilascio sono di qualche settimana</p>

Normativa di riferimento art. 320 Codice civile

(F) EREDI LEGITTIMI

Chi sono	<p>La legge italiana definisce eredi legittimi i parenti più stretti di un defunto, come il coniuge, i figli, i genitori, i fratelli e le sorelle, e successivamente gli altri parenti e, infine, lo Stato. In particolare, gli eredi legittimi sono quelli cui viene devoluta l'eredità in mancanza di un testamento.</p>
-----------------	--

Normativa di riferimento art. 565 Codice civile

Allegato 2

Tabella Modalità Assuntive

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

≤ EUR 400.000	Free Cover limit: nessun accertamento sanitario, copertura dal primo giorno di presenza al lavoro
EUR 400.001 – 550.000	Questionario anamnestico
EUR 550.001 – 750.000	Rapporto di visita medica HbA1c, CRP, acido urico, colesterolo, colesterolo HDL, trigliceridi, AST, ALT, gamma-GT, creatinina, esame ematologico completo, test HIV, test della Cotinina (per i non fumatori)
EUR > 750.001	Rapporto di visita medica HbA1c, CRP, acido urico, colesterolo, colesterolo HDL, trigliceridi, AST, ALT, gamma-GT, creatinina, esame ematologico completo, test HIV, test della Cotinina (per i non fumatori), Marker dell'epatite (HBeAg, Anti HCV) ECG (da sforzo a partire da anni 50) Questionario Finanziario valido solo per i soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e dei collaboratori

Allegato 3

Tassi

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

ETÀ	MASCHIO	FEMMINA	ETÀ	MASCHIO	FEMMINA
18	0,4773	0,1102	51	2,4991	1,6737
19	0,5168	0,1151	52	2,7659	1,8475
20	0,5439	0,1174	53	3,0685	2,0418
21	0,5589	0,1180	54	3,3959	2,2491
22	0,5736	0,1194	55	3,7507	2,4763
23	0,5824	0,1250	56	4,1474	2,7211
24	0,5873	0,1326	57	4,5945	2,9844
25	0,5964	0,1421	58	5,1175	3,2729
26	0,6039	0,1537	59	5,7346	3,6032
27	0,6151	0,1671	60	6,4685	3,9661
28	0,6415	0,1809	61	7,3417	4,3763
29	0,6669	0,1961	62	8,3902	4,8172
30	0,6905	0,2102	63	9,5357	5,3304
31	0,7150	0,2247	64	10,7921	5,9122
32	0,7346	0,2416	65	12,1812	6,5682
33	0,7516	0,2603	66	13,6894	7,3071
34	0,7699	0,2822	67	15,3338	8,1257
35	0,7853	0,3096	68	17,0979	9,0667
36	0,8079	0,3428	69	19,0614	10,1581
37	0,8376	0,3782	70	21,2364	11,4079
38	0,8747	0,4231	71	23,6997	12,9473
39	0,9187	0,4763	72	26,4073	14,7324
40	0,9719	0,5321	73	29,3559	16,7028
41	1,0345	0,5950	74	32,5444	19,0184
42	1,1135	0,6670	75	36,0853	21,7051
43	1,2077	0,7456			
44	1,3158	0,8341			
45	1,4371	0,9325			
46	1,5741	1,0375			
47	1,7267	1,1482			
48	1,8901	1,2650			
49	2,0660	1,3900			
50	2,2680	1,5247			

Caso particolare: CCNL Dirigenti Industria

ETÀ	MASCHIO	FEMMINA	ETÀ	MASCHIO	FEMMINA
18	0,4887	0,1128	51	2,5586	1,7135
19	0,5291	0,1178	52	2,8318	1,8914
20	0,5568	0,1202	53	3,1415	2,0904
21	0,5722	0,1208	54	3,4767	2,3026
22	0,5873	0,1222	55	3,8400	2,5352
23	0,5963	0,1279	56	4,2462	2,7859
24	0,6013	0,1357	57	4,7039	3,0555
25	0,6106	0,1455	58	5,2394	3,3508
26	0,6183	0,1574	59	5,8712	3,6890
27	0,6297	0,1710	60	6,6225	4,0606
28	0,6567	0,1852	61	7,5166	4,4805
29	0,6827	0,2008	62	8,5900	4,9319
30	0,7070	0,2152	63	9,7628	5,4573
31	0,7320	0,2300	64	11,0490	6,0529
32	0,7521	0,2473	65	12,4712	6,7246
33	0,7695	0,2665	66	14,0154	7,4811
34	0,7882	0,2889	67	15,6989	8,3192
35	0,8040	0,3170	68	17,5050	9,2825
36	0,8271	0,3509	69	19,5152	10,4000
37	0,8575	0,3872	70	21,7420	11,6795
38	0,8955	0,4332	71	24,2639	13,2556
39	0,9406	0,4876	72	27,0360	15,0832
40	0,9950	0,5447	73	30,0549	17,1004
41	1,0591	0,6092	74	33,3192	19,4712
42	1,1400	0,6829	75	36,9445	22,2219
43	1,2365	0,7633			
44	1,3472	0,8540			
45	1,4713	0,9547			
46	1,6115	1,0622			
47	1,7678	1,1756			
48	1,9351	1,2951			
49	2,1152	1,4231			
50	2,3220	1,5610			

Allegato 4

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