

Vita Plus

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 2024

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: Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (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"

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



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 attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la copertura può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente.
- Il rischio guerra si intende escluso, anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva, nei casi di seguito indicati:
- l'Assicurato si trova già nel territorio dell'accadimento e il Sinistro si verifica dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità/guerra;
 - è presente una situazione di guerra e similari nel paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato;
- ✗ Incidente di volo, se l'Assicurato 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.).



Ci sono limiti di copertura?

- ! Limiti di età: solo per Assicurati con Età assicurativa alla Data di decorrenza ≥ 18 e ≤ 76
- ! Limiti territoriali:
 - (i) solo per Assicurati abitualmente domiciliati nel Territorio italiano;
 - (ii) la Compagnia non sarà tenuta a prestare coperture assicurative, che possano esporre la stessa Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione internazionale o di qualunque paese dove la Compagnia ha una propria sede secondaria o una presenza permanente
- ! 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 decesso e invalidità totale permanente "Vita Plus"

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



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

Prodotto: Contratto di assicurazione collettiva in caso di decesso in forma di temporanea di gruppo

Data di realizzazione del documento: Gennaio 2024 – il presente DIP aggiuntivo è l'ultimo disponibile

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 Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale della Compagnia. I termini e le definizioni contenute nel DIP Aggiuntivo Vita sono come da Glossario delle Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto

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

Elips Life Ltd è soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG, che ha sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (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 a Milano.

L'ammontare del patrimonio netto di Elips Life Ltd. è pari a 83,6 milioni di Euro (di cui 12,5 milioni di Euro di capitale sociale e 71,1 milioni di Euro di riserve patrimoniali).

[Dati anno fiscale 2022; tasso di cambio: 1 Euro = 0.9874 CHF. 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 (www.elipslife.com/Downloads Documents).

Solvency Capital Requirement (SCR): 80,1 milioni di CHF - Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): 20,1 milioni di CHF - Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR: 133,6 milioni di CHF - Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR: 133,6 milioni di CHF.

L'indice di solvibilità determinato in applicazione della normativa "Solvency II", che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto, è pari al 167% al 31.12.2022.]

Al Contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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



Rischi esclusi

Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Cosa fare in caso di evento?

Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Compagnia?

Denuncia di sinistro: La Compagnia mette a disposizione dei Beneficiari una Guida per la Liquidazione dei Sinistri con tutte le informazioni utili per procedere con l'apertura del Sinistro. Si trova in allegato alla Polizza e sul sito internet.

Prescrizione: I diritti derivanti dal presente Contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di 10 (dieci) anni, che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, per la copertura Decesso troverà applicazione quanto disposto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di rapporti dormienti, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui all'art. 1, comma 345, della citata legge.

Liquidazione della prestazione: la Compagnia si impegna a pagare la Somma assicurata dovuta entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta necessaria ad accertare il decesso o l'invalidità totale permanente dell'Assicurato.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Come previsto dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente/Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo; se rese con dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto; se non vi è dolo o colpa grave, possono comportare il recesso da parte della Compagnia.



Premio

Non sono previsti meccanismi di indicizzazione/adeguamento del Premio.

Il Premio è sempre determinato/calcolato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto.

Rimborso

In caso di uscite di Assicurati in corso di contratto per cause diverse dal decesso/invalidità totale permanente sarà rimborsato il rateo di Premio del Periodo di assicurazione non goduto.

Sconti

Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso del Premio già pagato, in caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento. Non sono previsti sconti di Premio da parte della Compagnia.



Durata Sospensione

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

In caso di mancato pagamento del Premio o di una sua rata, l'Assicurazione resta sospesa dalle 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attiverà dalle 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio. 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.



Revoca Recesso

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

Il Contratto non prevede alcun diritto di revoca per entrambe le Parti.

Ciascuna Parte può disdettare il Contratto tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente da inviarsi 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: dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Risoluzione

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



Valori di riscatto e riduzione

Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il Contratto non prevede riscatti o riduzioni.

Richiesta di informazioni

Per ulteriori informazioni sul Contratto si invita a contattare direttamente Elips Life Ltd all'indirizzo mail: contatto.it@elipslife.com



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.



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 mediamente applicato sul prodotto è pari al 11% 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 19% ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa. Non tiene conto di eventuali rappeli e partecipazione agli utili.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

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

Elips Life Ltd.

(Ufficio Reclami)

Via San Prospero, 1 – 20121 Milano

e-mail: reclami@pec.elipslife.com

All'IVASS

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.

Nel caso il soggetto che ha scritto il reclamo non si ritenesse soddisfatto dell'esito o non ricevesse riscontro entro i 45 giorni, potrà scrivere a: IVASS – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma a mezzo posta, oppure trasmetterlo via fax al numero 06.42.133.206. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

Reclami all'autorità del Liechtenstein

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

Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein

Landstrasse 109, Postfach 279

9490 Vaduz, Liechtenstein

Teléfono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: info@fma-li.li

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede la Compagnia che ha stipulato il contratto (rintracciabile al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'IVASS, che provvede all'inoltro al sistema, dandone notizia al soggetto che ha aperto il reclamo.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Imposta sui Premi: I Premi delle coperture assicurative oggetto di questa Assicurazione non sono soggetti a imposta fiscale.

Tassazione delle Somme assicurate: Le Somme assicurate, corrisposte la copertura assicurativa sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni

AVVERTENZE

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NELLA PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE): DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON SARA' POSSIBILE CONSULTARE L'AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO.



Condizioni di Assicurazione

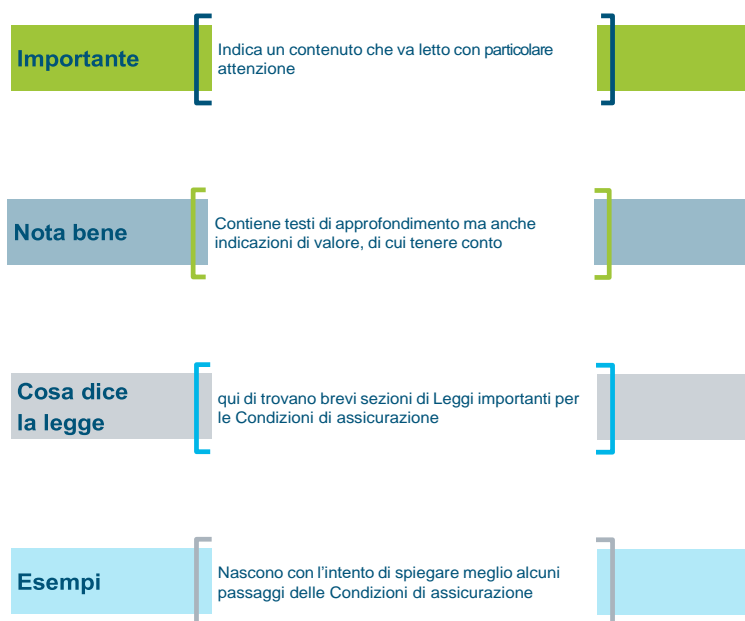
Guida alla lettura

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.



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. (A), All. (B), ecc.**

Questo simbolo rimanda all'Allegato

Indice

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

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	5
Articolo 5	Età. I limiti di età del Contratto	6
Articolo 6	Suicidio	7
Articolo 7	Esclusioni. Cosa non è coperto dal Contratto	7
Articolo 8	Sinistro che colpisce più Assicurati: i massimali previsti	8
Parte II	Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	9
Articolo 9	Conclusione del Contratto e durata della garanzia assicurativa	9
Articolo 10	Ingresso e permanenza in Assicurazione	10
Articolo 11	Variazioni della popolazione assicurata in corso di Contratto	11
Articolo 12	Documentazione sanitaria accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati	12
Articolo 13	Copertura provvisoria. Quando si attiva	13
Parte III	Il pagamento del Premio	15
Articolo 14	Premi di Assicurazione	15
Articolo 15	Pagamento dei Premi e risoluzione del Contratto	15
Parte IV	La gestione dei sinistri	17
Articolo 16	Denuncia, accertamento e liquidazione del Sinistro	17
Articolo 17	Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro. Come comunicare il Sinistro alla Compagnia	22
Parte V	Disposizioni Generali	23
Articolo 18	Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente	23
Articolo 19	Legge applicabile	24
Articolo 20	Modifiche contrattuali	24
Articolo 21	Modalità di consegna della documentazione informativa	24
Articolo 22	Disdetta e diritto di recesso	25
Articolo 23	Reclami	25
Parte VI	Informativa Privacy	27
Parte VII	Glossario	31
Allegato	Importante da sapere	34

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, e copre 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.

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

Importante

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

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

Importante

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

ARTICOLO 3

SOMMA ASSICURATA Quali coperture offre il Contratto

Il Contratto prevede il pagamento in un'unica soluzione della Somma assicurata ai 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 fermi 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.

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 dell'Assicurato, 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/rappresentazione. 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.

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.

Salvo diversi accordi con la Compagnia riportati in Polizza, il Contratto prevede anche queste esclusioni:

- g) abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 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.).

Importante

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.

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 presso il medesimo Contraente o Datore di lavoro 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..”

Cosa dice la legge

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.



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.

Ove, prima dell'emissione della Polizza, in corso di contratto o in sede di pagamento della prestazione assicurativa, il soggetto sottoposto ad adeguata verifica della clientela ai sensi dalla normativa e regolamentazione in materia di Antiriciclaggio, non fornisca le informazioni o i documenti utili a consentire alla Compagnia di adempiere ai propri obblighi, la Compagnia ai sensi dell'Art. 42 del D.lgs. n. 231/2007 e dell'Art. 42 del Regolamento IVASS 44/2019 si asterrà dall'instaurare il rapporto continuativo, dall'eseguire l'operazione, ovvero dall'effettuare modifiche contrattuali.

La Compagnia non eseguirà le richieste che prevedono il pagamento della prestazione in "Paesi o Territori a Rischio", cioè tutti i Paesi o territori non compresi in quelli a regime antiriciclaggio equivalente elencati nel decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 10 Aprile 2015 (incluse successive modifiche e integrazioni), e quelli indicati da organismi internazionali competenti (ad esempio GAFI, OCSE) esposti a rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo (Paesi o territori non cooperativi nello scambio internazionale di informazioni anche in materia fiscale).

Importante

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.

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: $(1000/360) \times 270 = 750$ 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.

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 1.000 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: $1.000 - (1.000/360 \times 90) = 750$ Euro.

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

- entro 10 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 30 giorni dalla fine di ciascun mese;
- 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 30 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.</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 riportata in Polizza.</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>

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 3 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 dovuto, in funzione della nuova Somma assicurata, ivi incluso l'eventuale Sovrappremio. In caso di assunzione del rischio con limitazioni e/o esclusioni specifiche, la Compagnia informa l'Assicurato al quale spetta l'eventuale onere di darne informativa al Contraente/Datore di lavoro associato. 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 30 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 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 in Polizza 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. 1 (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 un soggetto diverso da una persona fisica, si prega di rivolgersi alla Compagnia per riceverne 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. 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 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. 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 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.).



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.

Nei soli casi di rischi provenienti da altri assicuratori, 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 Contrente 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.

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:

- cambiamenti legislativi, regolamentari o giurisprudenziali che richiedano modifiche o integrazioni;
- cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto, sulla Compagnia o sul Contraente e che richiedano modifiche o integrazioni;
- 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

RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

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

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

RECLAMI ALL'IVASS

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

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

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

Nel reclamo il soggetto deve indicare:

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

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

Parte I
Oggetto del
Contratto
e prestazioni
assicurate

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

Parte III
Il pagamento
del Premio

Parte IV
La gestione
dei Sinistri

Parte V
**Disposizioni
Generali**

Parte VI
Informativa
Privacy

Parte VII
Glossario

RECLAMI ALL'AUTORITÀ DEL LIECHTENSTEIN

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

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

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

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.

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 a seguito della sottoscrizione e/o dell’esecuzione del contratto di assicurazione (“Assicurazione”) e/o in sede di denuncia sinistro/liquidazione.

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 www.elipslife.com, con sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (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

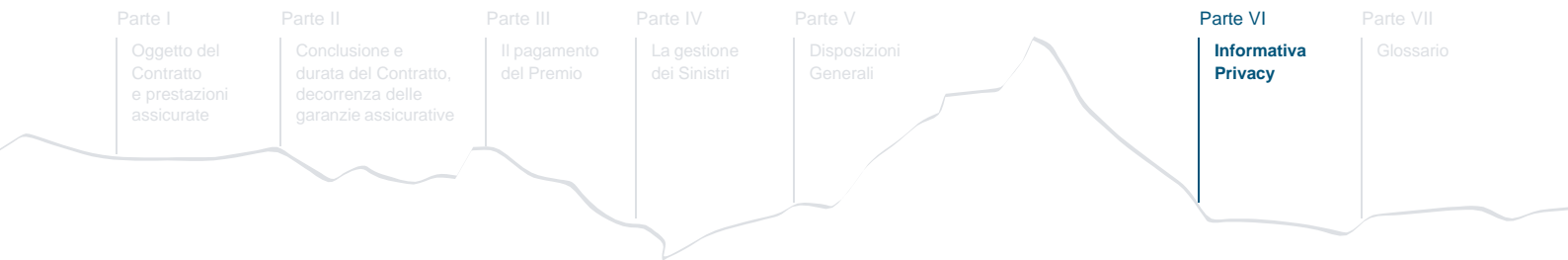
Il Titolare potrà trattare dati comuni (i.e. dati identificativi e di contatto), dati bancari, per la liquidazione dei sinistri, dati particolari come definiti dall’art. 9 del GDPR (i.e. dati relativi alla salute).

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 (ad es. distributori assicurativi), nonché forniti direttamente dall’Assicurato o dai suoi familiari o aventi causa.

C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

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

- 1) finalità strettamente connesse e strumentali all’offerta, conclusione ed esecuzione dell’Assicurazione, alla riassicurazione od eventuale coassicurazione, al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR, ovvero nell’esecuzione del Contratto e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato. Ove l’Assicurazione preveda l’accertamento delle condizioni di salute dell’Assicurato, il Titolare richiederà il consenso esplicito dello stesso Assicurato al trattamento dei Dati particolari (ad es. dati sulla salute) che lo riguardano. Il trattamento di tali Dati trova, pertanto, fondamento nell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR;
- 2) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e controllo dalla individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative. 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’Assicurato;



- 3) finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria. Il trattamento trova fondamento nell'art. 6, par. 1, lett. f) del GDPR o, con riferimento ai Dati appartenenti a categorie particolari, nell'art. 9, par. 2, lett. f) del GDPR, ovvero nel perseguimento del legittimo interesse del Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell'Interessato.

In qualsiasi momento Lei 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 paragrafo I) della presente Informativa. Tuttavia, l'eventuale revoca del consenso prestato comporterà per la Società l'impossibilità di eseguire il Contratto.

D) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati è obbligatorio ai fini dell'esecuzione dell'Assicurazione, in quanto necessario alla Società per procedere alla sottoscrizione dell'Assicurazione, alla sua gestione e all'eventuale liquidazione dei sinistri denunciati.

Un eventuale rifiuto di prestare il consenso al trattamento dei Dati Personali, laddove espressamente richiesto, comporta per la Società l'impossibilità di procedere alla conclusione e/o esecuzione dell'Assicurazione e/o all'assunzione in copertura dell'Assicurato e/o alla liquidazione del sinistro.

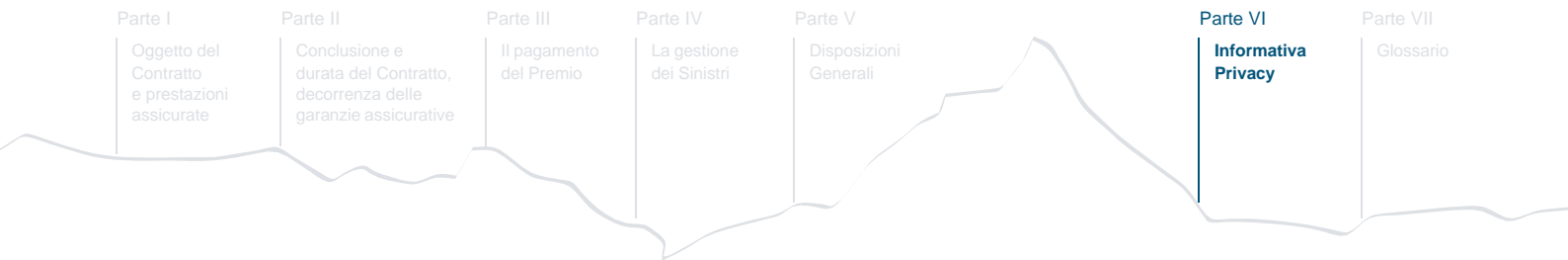
E) Modalità del trattamento

I Dati sono trattati mediante supporti manuali, 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.

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 conosciuti dai dipendenti e/o collaboratori della Società 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:

- altri soggetti del settore assicurativo che collaborano con la Società quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori e distributori;
- soggetti dei quali la Società si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale (e.g. consulenti informatici, esperti, consulenti legali, consulenti fiscali, medici, revisori dei conti ecc.);
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione dell'Assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro (e.g. liquidatori, periti, società di gestione degli archivi, call center, help desk ecc.);
- organismi associativi e/o consorzi 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). 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 sopra indicate, 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

Ai sensi degli artt. 15 e seguenti del GDPR, l'Interessato può esercitare i seguenti diritti:

- diritto di accesso ai Dati Personali ed alle seguenti informazioni: a) le finalità del trattamento; b) le categorie di Dati Personali trattati; c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i Dati Personali sono stati o saranno comunicati; d) il periodo di conservazione dei Dati o, laddove non sia possibile, i criteri utilizzati per determinarlo; e) l'esistenza dei diritti di rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento e opposizione; f) l'esistenza del diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo; g) qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, le informazioni disponibili sulla loro origine; h) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze di tale trattamento per l'Interessato;
- diritto di rettifica e di integrazione dei Dati Personali che lo riguardano;
- diritto alla cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano se: a) i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati; b) ha revocato il consenso e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento; c) si è opposto al trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento; d) i Dati Personali sono stati trattati illecitamente; e) i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo giuridico previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il Titolare del trattamento;
- diritto di limitazione del trattamento se: a) l'Interessato contesta l'esattezza dei Suoi Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare l'esattezza di tali Dati Personali; b) il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei Suoi Dati Personali e chiede, invece, che ne sia limitato l'utilizzo; c) benché il Titolare non ne abbia più necessità ai fini del trattamento, i Dati Personali dell'Interessato sono necessari allo stesso per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; d) l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'art. 21, par. 1, del GDPR, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto a quelli dell'interessato;

- diritto alla portabilità, sulla base del quale l'Interessato ha il diritto di ricevere dal Titolare, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i Dati Personali che lo riguardano forniti alla Società e ha il diritto di trasmettere tali Dati ad un altro Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società qualora: a) il trattamento si basi sul consenso o su un contratto; b) il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati;
- diritto di opporsi, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei Dati Personali che lo riguardano ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. e) o f) del GDPR, compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni. In caso di opposizione dell'Interessato, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i suoi Dati Personali salvo che dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgano sui suoi interessi, sui suoi diritti e sulle sue libertà, oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- diritto a non essere sottoposto ad un processo unicamente automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che riguardano l'Interessato o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona;
- diritto di revoca del consenso: qualora l'Interessato abbia prestato il suo consenso al trattamento dei Dati Personali, con la presente, la Società informa l'Interessato che, in qualsiasi momento, potrà revocarlo. Se l'Interessato eserciterà il diritto di revoca, la revoca avrà effetto solo per il futuro e non pregiudicherà la legittimità del trattamento effettuato prima della revoca stessa. In alcuni casi, la Società potrebbe avere il diritto di continuare a trattare i Dati Personali dell'Interessato nonostante la revoca, ma attraverso una base giuridica diversa, ad esempio, per adempiere ad un contratto.

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 nella Sezione 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.

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	La persona giuridica che stipula il Contratto per conto di una collettività di Assicurati e si impegna a versare il Premio alla Compagnia.
Data di decorrenza	Il giorno, riportato in Polizza o in Appendice, 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 in Appendice, in cui il singolo Assicurato viene messo in copertura. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.
Datore di lavoro associato	La società o l'ente con il quale l'Assicurato intrattiene un rapporto di lavoro e che può essere raggruppato, convenzionato, associato o iscritto ad un fondo assistenziale o ad una cassa Contraente.
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	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: <ul style="list-style-type: none"> ● 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	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



www.elipslife.it