

# Vita

# VISxWIN

## Assicurazione collettiva decesso

---

Set Informativo composto di:

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

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

#### **AVVERTENZA**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

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

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo:  
Gennaio 2026

#### **Elips Life Ltd**

##### **Sede secondaria italiana:**

Via San Prospero 1, 20121 Milano. PEC:

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

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

R.E.A.: MI – 2126819

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

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

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento di

Swiss Life International Holding AG

# Assicurazione collettiva decesso "Vita VISxWIN"

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



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

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

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

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

## Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione collettiva di puro rischio è destinata ai datori di lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) e copre il decesso 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'Assicurazione prevede il pagamento della Somma assicurata in forma di capitale;
- ✓ La prestazione è pagata al Beneficiario in un'unica soluzione;



## Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Dolo del Beneficiario;
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ✗ Partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la copertura può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente. Il rischio guerra si intende escluso, anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva, nei casi di seguito indicati:
  - l'Assicurato si trova già nel territorio dell'accadimento e il Sinistro si verifica dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità/guerra;
  - è presente una situazione di guerra e similari nel paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato;
- ✗ Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia come militare o civile a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ Trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ Partecipazione attiva e volontaria dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano moventi politico o sociale;
- ✗ Abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- ✗ Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.);



## Ci sono limiti di copertura?

- ! Limiti di età: solo per Assicurati con Età assicurativa alla Data di decorrenza  $\geq 18$  e  $\leq 76$
- ! Limiti territoriali: solo per Assicurati abitualmente domiciliati nel Territorio italiano;
- ! Somma assicurata massima per testa: euro 1.000.000
- ! 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/ricognoscimento 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.
- 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

elipsLife | Scheda informativa sui prodotti assicurativi | Assicurazione collettiva decesso "Vita VISxWIN"

Edizione: Gennaio 2026 | www.elipsLife.com Codice prodotto: TCM012026W

# Assicurazione collettiva in caso di decesso in forma di temporanea di gruppo

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



Prodotto: "Vita VISxWIN"

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

## Scopo

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

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

## Società

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto






### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

In aggiunta a quanto precisato dal DIP base, i soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e /o i collaboratori del Datore di lavoro associato possono essere inclusi in copertura esclusivamente laddove fosse assunta in copertura anche una categoria di lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.).

I settori di attività esclusi sono:

- squadre o associazioni/federazioni sportive;
- forze armate, forze dell'ordine, personale penitenziario, corpi di pace, vigilanza privata e simili;
- personale medico e paramedico;
- artisti e circensi;
- lavoratori stagionali;
- lavoratori interinali;
- subacquei professionisti;
- piloti professionisti;
- personale operante su piattaforme off-shore;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lavoratori domestici (che si occupano della casa e/o della cura di bambini o di soggetti non autosufficienti).</li> </ul>
 <b>Ci sono limiti di copertura?</b>	
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.	
 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
<p>È una polizza collettiva destinata ai Datori di Lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per coprire gli obblighi derivanti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di categoria, dai regolamenti aziendali o dagli accordi integrativi nei confronti dei propri lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), di persone che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e di collaboratori di aziende Contraenti o Associate, abitualmente domiciliati nel territorio italiano. Questa assicurazione è una collettiva di puro rischio e copre il decesso da ogni causa.</p>	
 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
<p>I costi del prodotto a carico del Contraente sono così ripartiti:</p> <p><b>- costi gravanti sul Premio</b></p> <p>La Compagnia calcola il Premio annuale dovuto sulla base dell'Anagrafica ricevuta, senza aggiungere spese di emissione e oneri di frazionamento. Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato in funzione della Somma assicurata. Il costo di gestione applicato sul prodotto è pari al 15% ed è riferito al costo previsto nel caricamento di tariffa.</p> <p><b>- costi di intermediazione</b></p> <p>La commissione mediamente percepita dagli intermediari per questo prodotto è pari al 16% ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa. Non tiene conto di eventuali rappel e partecipazione agli utili.</p>	
<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	
<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio Reclami della Compagnia tramite posta o e-mail:          Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)          Via San Prospero, 1 – 20121 Milano          e-mail: <a href="mailto:reclami@pec.elipslife.com">reclami@pec.elipslife.com</a></p> <p>specificando per iscritto e in modo dettagliato le ragioni e i fatti che hanno portato al reclamo. La Compagnia darà risposta entro e non oltre 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</p> <p><b>Reclami all'autorità del Liechtenstein</b>          I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein):  <b>Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein</b>          Landstrasse 109, Postfach 279          9490 Vaduz, Liechtenstein          Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: <a href="mailto:info@fma-li.li">info@fma-li.li</a></p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Arbitro Assicurativo</b>  <b>OPPURE</b>  <b>diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET</b>	<p>Presentando ricorso:</p> <p>all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (<a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a>), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile</p> <p>oppure</p> <p>al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui la Compagnia aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.</p>
<b>Mediazione</b>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.</p>

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

<p><b>REGIME FISCALE</b></p>	
<p><b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b></p>	<p><b>Imposta sui Premi:</b> I Premi delle coperture assicurative oggetto di questa Assicurazione non sono soggetti a imposta fiscale.</p> <p><b>Tassazione delle Somme assicurate:</b> le Somme assicurate, corrisposte dalla copertura assicurativa, sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni.</p> <p>I premi per la copertura del rischio Morte danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 917/86, e successive modifiche e integrazioni. Se solo una parte del premio pagato per l'assicurazione è destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente per questa parte.</p>
<p><b>Cosa è il diritto all'oblio oncologico?</b></p>	
<p><b>Diritto all'oblio oncologico</b></p>	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link <a href="https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico">https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico</a>.</p>
<p><b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b></p>	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
<p><b>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</b></p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

# Condizioni di Assicurazione

## Guida alla lettura

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

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

### Un'ultima nota

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

#### Importante

Indica un contenuto che va letto con attenzione, ad esempio date da rispettare, consegne, etc.

#### Nota bene

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

#### Cosa dice la legge

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

#### Esempi

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

### Parola glossario

Le parole con le iniziali maiuscole rimandano al Glossario.

→  **Art. 12**

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

→ **All. 1 (A), All. 2, ecc.**

Questo simbolo rimanda all'Allegato.

# Indice

## Condizioni che regolano l'Assicurazione collettiva decesso "Vita" VISxWIN

<b>Parte I</b>	<b> Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate</b>	<b>3</b>
<b>Articolo 1</b>	Oggetto. Il Contratto in sintesi	3
<b>Articolo 2</b>	Assicurati. Chi sono le persone assicurate	3
<b>Articolo 3</b>	Somma assicurata. Quali coperture offre il Contratto	4
<b>Articolo 4</b>	Beneficiari. Chi sono i Beneficiari in questo Contratto	5
<b>Articolo 5</b>	Età. I limiti di età del Contratto	6
<b>Articolo 6</b>	Suicidio	6
<b>Articolo 7</b>	Esclusioni. Cosa non è coperto dal Contratto	7
<b>Articolo 8</b>	Sinistro che colpisce più Assicurati: i massimali previsti	8
<b>Parte II</b>	<b> Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative</b>	<b>9</b>
<b>Articolo 9</b>	Conclusione del Contratto e durata della garanzia assicurativa	9
<b>Articolo 10</b>	Ingresso e permanenza in Assicurazione	10
<b>Articolo 11</b>	Variazioni della popolazione assicurata in corso di Contratto	11
<b>Articolo 12</b>	Documentazione sanitaria accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati	12
<b>Articolo 13</b>	Copertura provvisoria. Quando si attiva	13
<b>Parte III</b>	<b> Il pagamento dei premi</b>	<b>15</b>
<b>Articolo 14</b>	Premi di Assicurazione	15
<b>Articolo 15</b>	Pagamento dei Premi e risoluzione del Contratto	15
<b>Parte IV</b>	<b> La gestione dei sinistri</b>	<b>17</b>
<b>Articolo 16</b>	Denuncia, accertamento e liquidazione del Sinistro	17
<b>Articolo 17</b>	Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro. Come comunicare il Sinistro alla Compagnia	20
<b>Parte V</b>	<b> Disposizioni Generali</b>	<b>21</b>
<b>Articolo 18</b>	Foro competente	21
<b>Articolo 19</b>	Legge applicabile	21
<b>Articolo 20</b>	Modifiche contrattuali	22
<b>Articolo 21</b>	Modalità di consegna della documentazione informativa	22
<b>Articolo 22</b>	Disdetta e diritto di recesso	22
<b>Articolo 23</b>	Reclami e Arbitro Assicurativo	22
<b>Parte VI</b>	<b> Informativa Privacy</b>	<b>24</b>
<b>Parte VII</b>	<b> Glossario</b>	<b>27</b>
<b>Allegati</b>		<b>31</b>

## 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 il rischio di decesso 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 spettante al Beneficiario, come definito → [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.

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

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

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

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

## ARTICOLO 3

### SOMMA ASSICURATA Quali coperture offre il Contratto

Il Contratto prevede il pagamento in un'unica soluzione della Somma assicurata ai Beneficiari, per l'importo massimo di € 1.000.000 (un milione/00) solo se il Contraente è in regola con il pagamento dei Premi e l'Assicurato è stato 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:



#### Garanzia decesso

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

## ARTICOLO 4

### BENEFICIARI

#### Chi sono i Beneficiari in questo Contratto

I Beneficiari delle prestazioni assicurate sono i soggetti indicati dai CCNL, dai regolamenti e/o accordi integrativi aziendali in vigore.

#### In assenza di indicazioni specifiche i Beneficiari sono:

- gli eredi testamentari oppure,
- in mancanza di testamento, sono gli eredi legittimi dell'Assicurato e la Somma assicurata sarà suddivisa in parti uguali.

#### [ 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 prestazione 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 della prestazione.

## ARTICOLO 5

### ETÀ I limiti di età del Contratto



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

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

#### Cosa si intende per Età Assicurativa?

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

- nei 6 mesi successivi all'ultimo compleanno, l'età è quella corrente (Esempio: Giovanna alla Data di decorrenza del Contratto Giovanna 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 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, ecc.);
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- g) abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- h) pratica anche puramente ricreativa di queste attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.).

## 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 in una medesima categoria di lavoratori presso il medesimo 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 Prestazione 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 garanzie assicurative

## ARTICOLO 9

### CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DURATA DELLA GARANZIA ASSICURATIVA



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. → [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.

## 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](#). L'esito deve essere comunicato alla Compagnia, consegnando la relativa documentazione medica ed essere formalizzato in apposita Appendice;
- al corretto pagamento del Premio;
- alla presentazione del consenso sottoscritto dall'Assicurato secondo l'articolo 1919, comma 2 del Codice Civile, da rilasciarsi nei soli casi previsti dalla legge, sottoscrivendo il modulo messo a disposizione dalla Compagnia.

#### Articolo 1919 Codice Civile - Assicurazione sulla vita propria o di un terzo

1. L'Assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo.
2. L'Assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del Contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.

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

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

Il Contraente si impegna

#### a fornire alla Compagnia:

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

#### a consegnare a ciascun Assicurato:

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

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

## Cosa dice la legge



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

## ARTICOLO 11

### VARIAZIONI DELLA POPOLAZIONE ASSICURATA IN CORSO DI CONTRATTO

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

#### Esempio

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

Per gli Assicurati che escono dalla copertura durante il Periodo di assicurazione per cause diverse dal decesso, la Compagnia rimborsala quota parte di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto, calcolato in 360esimi.

#### Esempio

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

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

- entro 20 giorni dalla fine di ciascun mese il Contraente trasmette alla Compagnia, secondo le modalità concordate, l'Anagrafica aggiornata della popolazione assicurata, evidenziando le variazioni in entrata e in uscita del mese appena trascorso;
- sulla base di questa Anagrafica aggiornata, la Compagnia emette le Appendici di variazione e di regolazione del Premio;
- per tutte le nuove inclusioni in copertura, la Compagnia applica una quota di Premio, calcolata come sopra, che il Contraente è tenuto a pagare entro 60 giorni dalla fine di ciascun mese;
- le regolazioni di Premio derivanti dalle variazioni in aumento della popolazione assicurata in corso di contratto vengono effettuate dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni dalla fine di ciascun mese. In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, le coperture assicurative degli Assicurati entranti restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio. Fatti salvi i casi di sospensione per mancato pagamento del Premio nei termini previsti dall'Assicurazione, le coperture per ciascun Assicurato decorrono dalle ore 00:00 della Data di inclusione in copertura e terminano alle ore 24:00 della data indicata nella Polizza e nelle relative appendici
- per gli Assicurati uscenti, la copertura termina dalle ore 24:00 del giorno in cui si è verificata la situazione che ne ha comportato la cessazione (es. risoluzione del rapporto di lavoro) e la Compagnia rimborsa al Contraente il rateo di Premio non goduto, calcolato come sopra, entro 60 giorni dalla fine di ciascun mese.



## ARTICOLO 12

### DOCUMENTAZIONE SANITARIA: ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI



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

#### PROCEDURA DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO

<p><b>Rischi provenienti da altre compagnie assicurative</b></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 B.</p>
<p><b>Nuovi rischi NON provenienti da altre compagnie assicurative</b></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"> <li>● 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</li> <li>● dopo aver compiuto una valutazione del suo stato di salute, effettuata tramite il Questionario Anamnestico.</li> </ul> <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 → <b>AII. 2</b></p> <p>La Compagnia si riserva il diritto di richiedere – anche in base alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di Assicurati ed all'entità delle Somme assicurate – particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari.</p> <p><b>Validità degli accertamenti sanitari</b></p> <p>Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati in fase di valutazione delle condizioni di salute dell'Assicurato (il cui costo è a totale carico dell'Assicurato), sono di norma considerati validi dalla Compagnia per i futuri-5 anni dalla data della loro esecuzione, anche per valutare rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. La Compagnia può abbreviarne la validità a seguito di risultanze oggettive riguardanti modifiche dello stato di salute dell'Assicurato, dandone pronta comunicazione all'Assicurato.</p> <p>La Compagnia si riserva l'applicazione di Sovrappremi, limitazioni ed esclusioni personalizzate.</p>

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 gli 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 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, ivi incluso l'eventuale Sovrappremio dovuto. In caso di assunzione del rischio con limitazioni e/o esclusioni ad hoc, 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 personalizzate, 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 nel Certificato di Assicurazione e nelle eventuali Appendici.

## Importante

### **Cosa succede in caso di mancato pagamento del Premio**

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

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



### DECESSO DELL'ASSICURATO Cosa fare

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



### I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

<p><b>Per verificare le circostanze del decesso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Denuncia di Sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario;</li> <li>● Certificato di morte rilasciato dal Comune di residenza;</li> <li>● 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.</li> </ul>
<p><b>Per ciascun Beneficiario</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Copia di un <b>documento di identità/riconoscimento</b> in corso di validità → <b>All. 1 (A)</b>;</li> <li>● Copia del codice fiscale;</li> <li>● 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.</li> </ul>



## CASI PARTICOLARI: DOCUMENTI AGGIUNTIVI

<p><b>Beneficiari eredi testamentari</b></p>	<p>Copia autentica oppure estratto autentico dell'<b>atto di ultima volontà (testamento)</b> → <b>All. 1 (B)</b></p> <p>oppure</p> <p><b>dichiarazione sostitutiva di atto notorio</b> → <b>All. 1 (C)</b> 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 il Beneficiario, sotto la propria responsabilità, ha espletato e ha compiuto ogni tentativo in suo potere per accertare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale è ritenuto valido;</li> <li>● non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti;</li> <li>● non vi sono altri ai Beneficiari oltre a quelli menzionati nella dichiarazione;</li> <li>● nel testamento non vi sono revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari.</li> </ul>
<p><b>Beneficiari eredi legittimi</b> → <b>All. 1 (E)</b></p>	<p><b>Atto notorio</b> → <b>All. 1 (D)</b> redatto da un notaio comprovante che il Beneficiario non ha lasciato testamento e indicante le generalità, stato civile, capacità ed età degli eredi legittimi, oppure</p> <p><b>dichiarazione sostitutiva di atto notorio</b> → <b>All. 1 (C)</b>, 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><b>Beneficiari minorenni, incapaci o sottoposti ad Amministrazione di sostegno</b></p>	<p>Copia autentica del <b>Decreto del Giudice Tutelare</b> → <b>All. 1 (E)</b> 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><b>Beneficiari diversi da persone fisiche</b></p>	<p>Nel caso in cui il Beneficiario sia un soggetto diverso da una persona fisica (cfr. casistiche esposte nel presente paragrafo), si prega di rivolgersi alla Compagnia per ricevere l'elenco completo della documentazione da produrre.</p>



## PAGAMENTO IN FAVORE DEGLI EREDI DEL BENEFICIARIO DECEDUTO:

<p><b>Eredi legittimi del Beneficiario deceduto</b></p>	<p><b>Atto notorio → All. 1 (D)</b> redatto da un Notaio, comprovante che il Beneficiario non ha lasciato testamento, indicante le generalità, stato civile, capacità ed età degli eredi legittimi, oppure  <b>dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. 1 (C)</b> 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><b>Eredi testamentari del Beneficiario deceduto</b></p>	<p><b>Copia autentica oppure estratto autentico dell'atto di ultima volontà → All. 1 (B)</b>  oppure  <b>dichiarazione sostitutiva di atto notorio → All. 1 (C)</b> 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 il Beneficiario, sotto la propria responsabilità, ha espletato e ha compiuto ogni tentativo in suo potere per accertare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale è ritenuto valido;</li> <li>● non sono state mosse contestazioni contro il testamento o i testamenti;</li> <li>● non vi sono altri ai Beneficiari oltre a quelli menzionati nella dichiarazione;</li> <li>● nel testamento non vi sono revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari.</li> </ul>

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle valutazioni che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. relazione medica sulle cause del decesso, cartella clinica o relazione delle Autorità in caso di incidenti o morti violente, etc). Il Beneficiario può scegliere di raccogliere e presentare direttamente alla Società tale documentazione o, qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla, può sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa per suo conto.

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



### Tempistiche di valutazione e pagamento (liquidazione)

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 prestazione, la Compagnia si impegna a pagare la Somma assicurata 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.

## ARTICOLO 17

### PROCEDURA DI TRASMISSIONE DELLA DENUNCIA DI SINISTRO



Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata prevista dal Contratto, il richiedente dovrà 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.

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

## Parte V

# Disposizioni Generali

## ARTICOLO 18 FORO COMPETENTE



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 del Codice del Consumo.

Altrimenti il foro competente è esclusivamente quello di Milano.

## ARTICOLO 19 LEGGE APPLICABILE



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

## ARTICOLO 20 MODIFICHE CONTRATTUALI

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

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

## Importante

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

## ARTICOLO 21

### MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE INFORMATIVA



La Compagnia trasmette la documentazione informativa prevista dalla legge al Contraente su supporto cartaceo o, se lo richiede, su un supporto durevole non cartaceo. Il Contraente può richiedere la documentazione su supporto durevole selezionando l'opzione nella apposita sezione del modulo di Proposta e 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 annua. Il Contraente ha 30 giorni di tempo per esercitare il **diritto di recesso** per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

## ARTICOLO 23

### RECLAMI e ARBITRO ASSICURATIVO

#### RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

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

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

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	Il pagamento dei Premi	La gestione dei Sinistri	<b>Disposizioni Generali</b>	Informativa Privacy	Glossario

## **RECLAMI ALL'IVASS**

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

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

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

Nel reclamo il soggetto deve indicare:

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

Il modulo per la presentazione del reclamo è reperibile sul sito di IVASS, all'indirizzo [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

## **RECLAMI ALL'AUTORITÀ DEL LIECHTENSTEIN**

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

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

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

## **MEDIAZIONE E ARBITRO ASSICURATIVO**

Il reclamante potrà interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (Legge 9/8/2013, n. 98).

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

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

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

## Parte VI

# Informativa Privacy

Elips Life Ltd, in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche solo “Elips Life”, il “Titolare” o la “Società”), ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito anche solo il “Regolamento” o il “GDPR”) informa ciascuna persona fisica cui si riferiscono i dati trattati (“Interessato”) circa le modalità e le finalità del trattamento di tali dati in fase di valutazione del rischio assicurativo, a seguito della sottoscrizione e/o dell’esecuzione del contratto di assicurazione (di seguito anche solo “Assicurazione” o “Contratto”) e/o in sede di denuncia/liquidazione del sinistro.

In particolare, con la presente informativa sul trattamento dei dati personali (di seguito anche solo l’“Informativa”), Elips Life intende informare l’Interessato sull’utilizzo dei suoi dati personali (di seguito anche solo i “Dati Personali” o i “Dati”).

### A) Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Elips Life Ltd, con sede legale in Industriestrasse, 56, 9491, Ruggell (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail [compliance@elipslife.com](mailto:compliance@elipslife.com), Società soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG

### B) Tipologia di Dati trattati

Il Titolare potrà trattare dati comuni (i.e. dati identificativi e di contatto), documenti d’identità, dati bancari (i.e. codice iban), dati relativi alla polizza (i.e. numero di polizza, codice cliente), e, previo suo consenso, dati particolari come definiti dall’art. 9 del GDPR (i.e. dati relativi alla salute) nonché eventuali dati giudiziari come definiti dall’art. 10 del GDPR (i.e. dati relativi a condanne penali).

I Dati possono essere raccolti direttamente dalla Società, anche per il tramite del contraente, o attraverso altri soggetti del rapporto assicurativo che collaborano con la Società (i.e. intermediari assicurativi), nonché possono essere forniti direttamente dall’Interessato o dai suoi familiari o aventi causa.

### C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

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

- 1) finalità quali la valutazione del rischio assicurativo, la stipula ed esecuzione del Contratto, l’incasso dei premi, la gestione e liquidazione dei sinistri nonché tutte le altre attività strettamente connesse e strumentali alle medesime, quali, ad esempio, l’eventuale riassicurazione e/o coassicurazione etc.. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR, ovvero nell’esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato, fermo quanto di seguito indicato. Ove la finalità perseguita richieda il trattamento dei dati particolari relativi all’Assicurato, il Titolare richiederà il consenso esplicito di tale interessato. In tal caso, il trattamento di tali Dati trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. a) e nell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR. In qualsiasi momento l’Interessato potrà revocare il consenso prestato ai sensi di quanto precede, sempreché non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento dei dati da parte della Società, rivolgendosi ad Elips Life secondo le modalità di cui al punto I) della presente Informativa;



- 2) finalità quali la gestione dei reclami, dei controlli richiesti dalla normativa in materia di antiriciclaggio, di sanzioni internazionali, di prevenzione e contrasto delle frodi, delle attività derivanti da esigenze amministrative, contabili e fiscali, da disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e per altre finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria. Il trattamento trova fondamento nell'art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR, ovvero nell'adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell'Interessato;
- 3) finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) ai fini tariffari e statistici, di prevenzione ed accertamento delle frodi, di manutenzione e sicurezza dei sistemi e degli asset aziendali. Il trattamento trova fondamento nell'art. 6, par. 1, lett. f) del GDPR, ovvero nel perseguimento del legittimo interesse del Titolare o, con riferimento ai Dati particolari trattati per finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, nell'art. 9, par. 2, lett. f) del GDPR e, pertanto, non richiede il consenso dell'Interessato. Il trattamento dei dati giudiziari è consentito nei limiti di quanto previsto dalle disposizioni di legge o di regolamento.

#### **D) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati**

Il conferimento dei Dati è necessario alla Società per il perseguimento delle finalità indicate al precedente punto C) nell'ambito della normale attività assicurativa.

Un eventuale rifiuto o revoca del consenso al conferimento dei Dati Personali, laddove espressamente richiesto, comporta per la Società l'impossibilità di procedere alla erogazione dei servizi richiesti e/o a dare esecuzione all'Assicurazione.

#### **E) Modalità del trattamento**

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

I Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità di lettura massiva di questionari anamnestici. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, la Società potrà utilizzare i Dati durante sessioni di addestramento dei sistemi di intelligenza artificiale al fine di migliorare ulteriormente l'affidabilità del processo. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Società, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Società e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati

#### **F) Soggetti autorizzati, soggetti o categorie di soggetti a cui i Dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili del trattamento e ambito di diffusione dei Dati**

Per le finalità e con le modalità sopra descritte, i Suoi Dati Personali possono essere comunicati dalla Società ai propri dipendenti e/o collaboratori autorizzati al trattamento ai sensi dell'art. 29 del GDPR nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni loro impartite. I Dati Personali possono essere, inoltre, comunicati alle seguenti categorie di soggetti, che potranno trattarli in qualità di autonomi titolari del trattamento o quali responsabili del trattamento designati dalla Società ai sensi dell'art. 28 del GDPR:



- assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, intermediari assicurativi ed altri soggetti che, a diverso titolo, intervengono nella gestione del rapporto assicurativo (c.d. catena assicurativa);
- soggetti dei quali la Società si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, ivi inclusa la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alle coperture assicurative offerte (e.g. consulenti informatici, esperti, consulenti legali, consulenti fiscali, medici fiduciari, revisori dei conti, investigatori privati, fornitori, etc.);
- altri soggetti che svolgono ulteriori attività connesse e strumentali all'esecuzione dell'Assicurazione (e.g. società di gestione degli archivi, call center, help desk ecc.);
- organismi associativi e/o consortili propri del settore assicurativo ai quali la Società è iscritta (es. ANIA);
- altre società del Gruppo Swiss Life (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Finanzmarktaufsicht (FMA), IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine.

L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti responsabili del trattamento a cui i dati sono comunicati può essere richiesto scrivendo alla Società ai recapiti sopra riportati.

I Dati Personali trattati non sono oggetto di diffusione.

#### **G) Trasferimento di dati all'estero**

I Dati Personali vengono trattati all'interno dello Spazio Economico Europeo (SEE), ovvero, in paesi, quali la Svizzera, in presenza delle garanzie di seguito indicate. Laddove si rendesse necessario trasferire i Dati verso Paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo o verso organizzazioni internazionali, tale trasferimento sarà eseguito nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e, pertanto, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea o, in mancanza di questa, sulla base di garanzie adeguate ai sensi degli artt. 46 e seguenti del GDPR.

#### **H) Conservazione dei Dati**

I Dati oggetto di trattamento per le finalità contrattuali, saranno conservati per il periodo di durata della Assicurazione e, successivamente, per il tempo in cui il Titolare sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previste da norme di legge o di regolamento.

In ogni caso, il Titolare non conserverà i Dati oltre 10 (dieci) anni dalla cessazione dell'Assicurazione, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile

## I) Diritti dell'Interessato

In relazione ai trattamenti dei dati sopra descritti, lei potrà esercitare i diritti previsti dal Regolamento (artt. 15-21) e dalla normativa nazionale vigente, ivi inclusi:

- ricevere conferma dell'esistenza dei suoi dati personali e accedere al loro contenuto (diritto di accesso);
- aggiornare, modificare e/o correggere i suoi dati personali (diritto di rettifica);
- chiederne la cancellazione o la limitazione del Trattamento dei dati trattati in violazione di legge compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o altrimenti trattati (diritto all'oblio e diritto alla limitazione);
- opporsi al Trattamento (diritto di opposizione);
- revocare il consenso prestato, nelle ipotesi in cui il Trattamento avvenga sulla base dello stesso, senza pregiudizio per la liceità del Trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca;
- nei casi previsti, ricevere copia dei dati in formato elettronico che lo riguardano resi nel contesto del contratto e chiedere che tali dati siano trasmessi ad un altro titolare del Trattamento (diritto alla portabilità dei dati);
- proporre reclamo all'Autorità di controllo in caso di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

L'Interessato può esercitare i diritti sopra menzionati rivolgendosi ai seguenti recapiti:



**Elips Life Ltd** sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano  
e-mail [compliance@elipslife.com](mailto:compliance@elipslife.com)

La richiesta può essere trasmessa mediante raccomandata o e-mail.



Ai sensi dell'art. 77 del GDPR, l'Interessato ha il diritto di presentare un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (di seguito anche solo il "Garante") qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati sia contrario alla normativa sulla protezione dei dati personali, nonché di ricorrere agli altri mezzi di tutela previsti dalla normativa applicabile. Il reclamo dovrà essere presentato seguendo le istruzioni fornite dal Garante sul proprio sito web ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

## J) Responsabile della Protezione dei Dati

Elips Life ha nominato il "Responsabile della Protezione dei Dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nel punto I) della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo email: [compliance@elipslife.com](mailto:compliance@elipslife.com).

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

**Il Titolare del trattamento**  
Elips Life Ltd

## Parte VII

# Glossario

<b>Anagrafica</b>	L'elenco delle persone per le quali si richiede la copertura.
<b>Appendice</b>	Il documento che viene emesso, unitamente o in seguito alla Polizza, per modificarne alcuni aspetti.
<b>Assicurato</b>	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto.
<b>Assicurazione (o Contratto)</b>	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.
<b>Beneficiario</b>	Il soggetto che riceve la Somma assicurata prevista dal Contratto al verificarsi dell'Evento assicurato.
<b>CCNL</b>	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.
<b>Compagnia</b>	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd Sede Secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
<b>Condizioni di assicurazione</b>	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto in tutti i suoi aspetti e possono essere eventualmente integrate o derogate dalle Condizioni speciali riportate in Polizza.
<b>Condizioni Speciali</b>	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".
<b>Contraente VIS</b>	Associazione V.I.S. - Vita in Salute, Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa con sede in Corso Indipendenza 6, 20129 Milano (Italia), C.F. 9762006058, iscritto all'anagrafe dei Fondi sanitari n. 0026060.
<b>Data di decorrenza</b>	Il giorno, riportato in Polizza o nelle sue Appendici, a partire dal quale decorrono le coperture assicurative, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
<b>Data di inclusione</b>	Il giorno, riportato in Polizza o nelle sue Appendici, in cui il singolo Assicurato viene messo in copertura. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.

<b>Dipendente attivamente al lavoro</b>	<p>(Applicabile solo per l'assunzione di nuovi rischi non provenienti da altri assicuratori). Un <b>dipendente</b> 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 <b>collaboratore</b> 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 <b>nuovo dipendente</b>, collaboratore e/o esponente aziendale, è da considerarsi attivamente al lavoro se non è inabile al lavoro alla Data di inclusione.</p>
<b>Distributore (o Intermediario)</b>	<p>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.</p>
<b>Età assicurativa</b>	<p>L'Età assicurativa dell'Assicurato viene determinata alla Data decorrenza in anni interi e corrisponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● all'età compiuta dall'Assicurato, se non siano trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, o</li> <li>● all'età prossima da compiere, se siano trascorsi almeno 6 mesi dall'ultimo compleanno.</li> </ul>
<b>Evento assicurato</b>	<p>Il decesso o l'accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato.</p>
<b>Free Cover limit</b>	<p>La Somma assicurata massima oltre la quale l'Assicurazione prevede l'obbligo di accertamenti sanitari preventivi.</p>
<b>Massimale</b>	<p>Somma massima pattuita che la Compagnia è tenuta a pagare in caso di Sinistro</p>
<b>Periodo di assicurazione</b>	<p>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.</p>
<b>Polizza (o Certificato di Assicurazione)</b>	<p>Il documento rilasciato dalla Compagnia che attesta l'esistenza del Contratto e conferma le principali caratteristiche dell'Assicurazione.</p>
<b>Premio</b>	<p>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.</p>

**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** 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.

Le medesime regole valgono per il tutore, curatore o amministratore di sostegno di persona incapace o sottoposta ad amministrazione di sostegno.

**Chi può richiedere al giudice l'autorizzazione (o proporre istanza di autorizzazione)**

● **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**

L'istanza va depositata in marca da bollo presso il Tribunale ove il minore risiede, allegando i documenti previsti dal Tribunale stesso.

I tempi di rilascio sono di qualche settimana

*Normativa di riferimento art. 320 Codice civile*

---

## (F) EREDI LEGITTIMI

**Chi sono** 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.

*Normativa di riferimento art. 565 Codice civile*

---

## Allegato 2

# Tabella Modalità Assuntive

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

## Allegato 3

# Tassi

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

ETA'	MASCHIO	FEMMINA	ETA'	MASCHIO	FEMMINA
18	0,3695	0,0829	51	1,8014	1,1036
19	0,4117	0,0908	52	1,9961	1,2425
20	0,4364	0,0947	53	2,2322	1,3918
21	0,4430	0,0969	54	2,4761	1,5391
22	0,4501	0,0985	55	2,7414	1,6715
23	0,4547	0,1012	56	3,0384	1,8417
24	0,4680	0,1037	57	3,3792	2,0236
25	0,4610	0,1059	58	3,7777	2,2252
26	0,4689	0,1077	59	4,2852	2,4823
27	0,4613	0,1084	60	4,9146	2,7666
28	0,4573	0,1131	61	5,7153	3,1159
29	0,4780	0,1127	62	6,7048	3,5045
30	0,4864	0,1175	63	7,8134	3,9699
31	0,4936	0,1212	64	8,9846	4,4681
32	0,4984	0,1220	65	10,2619	5,0243
33	0,5128	0,1332	66	11,6021	5,6247
34	0,5165	0,1464	67	13,0729	6,2900
35	0,5195	0,1591	68	15,3263	7,4254
36	0,5342	0,1770	69	17,1473	8,3557
37	0,5394	0,1938	70	19,1646	9,4163
38	0,5671	0,2195	71	21,4095	10,6634
39	0,6067	0,2553	72	23,8849	12,0986
40	0,6587	0,2981	73	26,5590	13,6605
41	0,7226	0,3444	74	29,4324	15,4347
42	0,7777	0,3946	75	32,6070	17,4602
43	0,8503	0,4631			
44	0,9291	0,5420			
45	0,9986	0,6156			
46	1,0806	0,6586			
47	1,1922	0,7418			
48	1,3346	0,8156			
49	1,4974	0,8913			
50	1,6589	0,9929			

## Allegato 4

# Informativa sul diritto all'oblio oncologico

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

Il "Diritto all'oblio oncologico" è il diritto

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

### Cosa si intende per "trattamento attivo"?

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

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

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

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



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

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

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

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



[www.elipslife.it](http://www.elipslife.it)