

# Infortunati Plus

## Assicurazione collettiva infortuni

---

Set Informativo composto di:

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

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

### **AVVERTENZA**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

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

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo:  
Gennaio 2024

### **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:** Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (LI) - RI: FL-0002.304.360-5, Vaduz.

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

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento di

Swiss Life International Holding AG

# Assicurazione collettiva "Infortuni Plus"

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni



**Prodotto:** Contratto di assicurazione collettiva infortuni

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

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono contenute nelle Condizioni di Assicurazione e riportate in Polizza. I termini e le definizioni contenute nel DIP Danni 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 Rischio Infortuni professionale / in itinere / extra-professionale / 24 ore / o Rischio carica 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 da Infortunio
- ✓ L'Invalidità permanente da Infortunio
- ✓ **Coperture aggiuntive sempre operanti:** i) Anticipo di indennizzo; ii) Coma irreversibile; iii) Malattie Professionali; iv) Malattie Tropicali; (v) Rimpatrio della salma; (vi) Spese funerarie; (vii) Commorienza; (viii) Rimborso spese mediche da Infortunio; (ix) Danni estetici; (x) Costi di salvataggio e ricerca
- ✓ **Coperture opzionali su richiesta:** i) Diaria da Inabilità Temporanea; ii) Diaria da Ricovero; iii) Diaria da Gessatura; iv) Eventi Speciali; v) Malattia Grave Dirigenti; (vi) Spese mediche aggiuntive.



### Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Gli infortuni conseguenti ad atti di terrorismo se l'Assicurato vi ha partecipato attivamente
- ✗ Gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di improvviso malore o di incoscienza se conseguenti a malattie croniche accertate che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato era alla guida sprovvisto di idonea e valida abilitazione o in stato di abuso di alcoolici o psicofarmaci o dopo aver assunto sostanze stupefacenti allucinogene per uso non terapeutico.



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Limite di Età degli Assicurati: > 86 anni per le coperture Decesso e Invalidità Permanente; > 71 anni per le coperture opzionali (Malattia Grave Dirigenti, se non diversamente indicato in Polizza)
- ! Limitazioni territoriali: clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali
- ! Limiti catastrofali (terra e volo) = Euro 25.000.000
- ! Limite per Rischio guerra: dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità

Altri limiti e franchigie contrattualmente pattuiti e riportati in Polizza.



### 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 intervenute in corso di Contratto che possono comportare un aggravamento del rischio.
- Il Contraente deve comunicare per iscritto eventuali altre assicurazioni Infortuni stipulate dagli stessi Assicurati
- In caso di Sinistro: entro 30 giorni dal Sinistro (o dal momento in cui il richiedente ne abbia le possibilità) il Beneficiario deve trasmettere alla direzione della Compagnia, o al Distributore al quale è assegnata la Polizza, la richiesta di Indennizzo insieme alla denuncia dell'Infortunio, (con le cause che lo hanno determinato), il certificato medico e tutta l'eventuale documentazione utile a definire l'accaduto, tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente. Eventuale ulteriore documentazione, 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 dall'emissione della Polizza direttamente alla Compagnia o all'Intermediario. 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 a ogni scadenza, salvo disdetta. Il Contratto è concluso nel momento in cui la Compagnia riceve la Proposta di Assicurazione sottoscritta dal Contraente per accettazione.



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

Ciascuna delle Parti può disdire il Contratto tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della scadenza annua. Il Contraente ha 30 giorni di tempo dalla sottoscrizione della Polizza per esercitare il diritto di recesso per ripensamento, dandone comunicazione scritta alla Compagnia tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

# Assicurazione collettiva "Infortuni Plus"

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



**Prodotto:** Contratto di assicurazione collettiva infortuni

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

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

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale della Compagnia. I termini e le definizioni contenute nel DIP Aggiuntivo Danni sono come da Glossario delle Condizioni di assicurazione.

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

Elips Life Ltd Sede secondaria italiana - Via San Prospero, n. 1 - 20121 Milano; tel. +39 02 82958900; sito internet: [www.elipslife.com](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, che ha sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (Liechtenstein). E' autorizzata a operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Elenco I, n. I.00131, ed è sottoposta al controllo della Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein.

Il Contratto è concluso con la Sede secondaria italiana corrente in Via San Prospero 1 a Milano.

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

[Dati anno fiscale 2022; tasso di cambio: 1 Euro = 0.9874 CHF. I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono contenuti nella Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa, consultabile sul sito internet della Compagnia ([www.elipslife.com/Downloads Documents](http://www.elipslife.com/Downloads Documents)).

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

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

Al Contratto si applica la legge italiana.



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

A integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, sulla prestazione di Invalidità Permanente da Infortunio è prevista una supervalutazione dei punti di invalidità riconosciuti nei casi di: perdita bilaterale della vista, sordità completa bilaterale, afasia globale, perdita totale dell'olfatto, perdita totale della singola mano o dell'intero pollice (anche riferito all'arto non dominante), perdita totale o parziale di una gamba fino al terzo inferiore, anche quando sia possibile applicare un apparecchio articolato, perdita di un piede. La Compagnia si impegna a pagare gli Indennizzi dovuti entro i Massimali e le Somme assicurate concordate con il Contraente. Inoltre:

- **Rimpatrio della salma:** in caso di Infortunio che comporti il Decesso dell'Assicurato fuori dal Territorio italiano, la Compagnia rimborsa ai Beneficiari le spese regolarmente documentate per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Territorio italiano.
- **Spese funerarie:** in caso di Infortunio che comporti il Decesso dell'Assicurato, la Compagnia rimborsa ai Beneficiari le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione.
- **Commorienza:** quando, a seguito dello stesso evento, avviene il Decesso dell'Assicurato e del coniuge non separato, o del convivente more uxorio, l'Indennizzo per i figli minori viene aumentato di 50.000,00 Euro da suddividere in parti uguali, se Beneficiari e conviventi con i deceduti.
- **Rimborso spese mediche da Infortunio:** la Compagnia rimborsa agli Assicurati il costo delle spese mediche regolarmente documentate.
- **Danni estetici:** in caso di Infortunio con conseguenze di carattere estetico che non comporti il risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborsa le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure e applicazioni con lo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, e per interventi di chirurgia plastica ed estetica.
- **Eventi Speciali:** l'Assicurazione può coprire anche gli Infortuni occorsi agli Assicurati Aggiuntivi mentre partecipano a un evento/manifestazione organizzato dal Contraente. L'importo del Massimale assicurato e le indicazioni di eventuali limiti e franchigie sono nel Contratto.
- **Costi di salvataggio e ricerca:** qualora, a seguito di Infortunio, si rende necessario l'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio dell'Assicurato da parte di polizia e/o soccorso locali, la Compagnia rimborsa le spese regolarmente documentate richieste dai soccorritori.

### Quali opzioni/coperture opzionali è possibile attivare attraverso il pagamento di un Premio aggiuntivo?

- **Malattia Grave Dirigenti:** unicamente per gli Assicurati inquadri come Dirigenti, l'Assicurazione copre anche queste malattie gravi: cancro; infarto miocardico; ictus; trapianto d'organo; chirurgia di bypass aortocoronarico; insufficienza renale. L'importo del Massimale assicurato è indicato nel Contratto.
- **Diaria da inabilità temporanea a seguito di Infortunio:** in caso di Infortunio che causi l'inabilità temporanea (totale e parziale) dell'Assicurato limitando lo svolgimento della sua occupazione abituale, la Compagnia paga il compenso giornaliero indicato nel Contratto, al netto di eventuali limiti e franchigie.
- **Diaria da ricovero a seguito di Infortunio:** in caso di Infortunio che preveda il ricovero dell'Assicurato in ospedale o in istituto di cura, la Compagnia paga il compenso giornaliero pattuito nel Contratto.
- **Diaria da gessatura a seguito di Infortunio:** in caso di Infortunio che preveda l'uso di apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante, la Compagnia corrisponde all'Assicurato il compenso giornaliero stabilito nel Contratto, al netto di eventuali limiti e franchigie.



Rischi esclusi

## Che cosa NON è assicurato?

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



## Ci sono limiti di copertura?

A integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, per questi Rischi classificati come Particolari:

- **Rischio per attività temerarie** (alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco; speleologia effettuata in solitario; immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità)
  - **Rischio sportivo** (sport aerei in genere e paracadutismo)
  - **Rischio guida mezzi speciali** (guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea o subacquea)
- è previsto un Sottolimito del 50% della Somma assicurata prevista per i rischi extraprofessionali, con un massimo di 100.000 Euro.

Sempre a integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, si ricorda che la "Clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali" stabilisce che, ferma restando l'efficacia dell'Assicurazione collettiva, la Compagnia non sarà tenuta a prestare coperture assicurative, né a liquidare Sinistri o ad effettuare qualsiasi altro pagamento previsto dalle Condizioni di Assicurazione che possano esporre la Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto dalle Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Liechtenstein, della Repubblica italiana, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di qualunque paese dove la Compagnia ha una propria sede secondaria o una presenza permanente.



### Cosa fare in caso di evento?

## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Denuncia di sinistro

A integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, si evidenzia che:

- per le coperture "Rimborso spese mediche" e "Danni estetici" la Compagnia effettua il rimborso solo a guarigione clinica ultimata e dopo aver ricevuto copia dei giustificativi di spesa da parte dell'Assicurato;
- per le coperture "Invalidità permanente da malattia tropicale", "Invalidità permanente da malattia professionale" e "Malattia grave" la denuncia di Sinistro deve essere corredata da accertamenti, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio utili a fornire un quadro clinico completo. Questi documenti devono essere emessi da medici abilitati e in possesso di adeguata specializzazione.

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

**Assistenza diretta/in convenzione:** il Contratto non prevede prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con la Compagnia.

**Gestione da parte di altre imprese:** il Contratto non prevede prestazioni fornite da altre imprese.

**Prescrizione:** i diritti derivanti da questo Contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, come previsto dall'Articolo 2952 del Codice Civile.

**Pagamento (liquidazione) della prestazione:** una volta ricevuta la documentazione completa del Sinistro, valutato il diritto all'Indennizzo e quantificata un'offerta, la Compagnia si impegna a pagare la Somma assicurata entro 30 giorni dall'accettazione dell'offerta da parte dell'Assicurato. La Compagnia si impegna ad astenersi dall'applicare le clausole che escludono la trasmissione agli eredi del diritto all'Indennizzo per invalidità permanente in caso di premorienza dell'Assicurato. Se l'Assicurato decede dopo un Sinistro - regolarmente denunciato - per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, prima della liquidazione dell'Indennizzo ma dopo il consolidamento dello stato di Invalidità permanente, la Compagnia corrisponde agli eredi l'Indennizzo sulla base dell'accertamento del grado di Invalidità permanente desumibile dalla documentazione medica che conferma la stabilizzazione dei postumi.

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



### Premio

## Quando e come devo pagare?

Non sono previsti meccanismi di indicizzazione/adeguamento del Premio.

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto. Il Premio è composto da un Premio di perfezionamento, che il Contraente paga alla conclusione del Contratto e a ogni rinnovo annuale, e un Premio di regolazione che si paga a saldo, entro 30 giorni dalla comunicazione della Compagnia.

Se l'Assicurazione copre l'ammontare delle retribuzioni annue, la base di calcolo del Premio di perfezionamento non potrà essere inferiore al 75% degli ultimi dati disponibili sulla retribuzione annua lorda della categoria assicurata.

Il pagamento del Premio può essere frazionato in due o più rate, senza ulteriori costi per il Contraente.

### Rimborso

In caso di uscite di Assicurati in corso di contratto per cause diverse dalla morte, la Compagnia rimborserà il rateo di Premio del Periodo di assicurazione non goduto.

Se il Premio di regolazione è a favore del Contraente, la Compagnia rimborserà le somme dovute entro 30 giorni dalla relativa comunicazione, al netto delle imposte, salvo accordi differenti.



### Durata Sospensione

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

In caso di mancato pagamento del Premio o di una sua rata, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attiverà dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio. I Sinistri accaduti durante il periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Compagnia.



### Revoca

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

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

### Recesso

In caso di variazione del Rischio che ne implichi un aggravamento, come indicato all'Articolo 1898 del Codice Civile la Compagnia può recedere dal Contratto. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo e la cessazione dell'Assicurazione stessa.

### Risoluzione

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



## A chi è rivolto questo prodotto?

È una polizza collettiva destinata ai Datori di Lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per coprire gli obblighi derivanti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di categoria, regolamenti aziendali o accordi integrativi nei confronti dei propri lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), di persone che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e collaboratori di aziende Contraenti o Associate, abitualmente domiciliati nel Territorio Italiano.



## Quali costi devo sostenere?

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

### - costi di intermediazione

La commissione sul prodotto mediamente percepita dagli Intermediari è del 24%, è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa e non tiene conto di eventuali rappeli e partecipazione agli utili.

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

### All'impresa assicuratrice

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

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

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

### All'IVASS

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

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

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

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

**Negoziazione assistita** Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

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

#### AVVERTENZE

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

# Condizioni di Assicurazione

## Guida alla lettura

Le Condizioni di assicurazione sono uno strumento importante che contiene tutto ciò che riguarda il prodotto, diritti e doveri del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario (o dei Beneficiari) e anche della Compagnia.

Da qui lo sforzo della Compagnia per renderlo più facilmente fruibile attraverso una semplificazione del linguaggio, per quanto possibile, e un'impostazione grafica che punta a massima chiarezza e trasparenza. In particolare si segnala che:

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

### Un'ultima nota

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

<b>Importante</b>	Indica un contenuto che va letto con particolare attenzione	
<b>Nota bene</b>	Contiene testi di approfondimento ma anche indicazioni di valore, di cui tenere conto	
<b>Cosa dice la legge</b>	Qui si trovano brevi sezioni di Leggi importanti per le Condizioni di assicurazione	
<b>Esempi</b>	Nascono con l'intento di spiegare meglio alcuni passaggi delle Condizioni di assicurazione	

### Glossario

Le parole con le iniziali maiuscole rimandano al Glossario

→  **Art. 12**

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

→ **All. 1 (A), All. 2, etc.**

Questo simbolo rimanda all'Allegato.



# Indice

## Condizioni che regolano l'Assicurazione collettiva "Infortuni Plus"

<b>Parte I</b>	<b>Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate</b>	<b>4</b>
<b>Articolo 1</b>	Oggetto. Il Contratto in sintesi	4
<b>Articolo 2</b>	Assicurati. Cosa copre l'Assicurazione	4
<b>Articolo 3</b>	Definizione di Infortunio. Cos'è un Infortunio in questa Assicurazione e quali Infortuni sono coperti	4
<b>Articolo 4</b>	Rischi assicurati. Quali sono i Rischi coperti da questa Assicurazione	5
<b>Articolo 5</b>	Limiti Territoriali	8
<b>Articolo 6</b>	Età. I limiti di età del Contratto	9
<b>Articolo 7</b>	Limite catastrofale. Cosa succede quando un Sinistro colpisce più assicurati	9
<b>Parte II</b>	<b>Prestazioni e Limiti di Indennizzo</b>	<b>10</b>
<b>Articolo 8</b>	Decesso da Infortunio: calcolo dell'Indennizzo	10
<b>Articolo 9</b>	Invalità permanente da Infortunio: determinazione dell'Indennizzo	10
<b>Articolo 10</b>	Indennizzi speciali. Supervalutazione Invalità permanente da Infortunio	11
<b>Articolo 11</b>	Condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute. Come sono considerate dalla Compagnia	12
<b>Articolo 12</b>	Cumulo di Indennizzi per Decesso e Invalità permanente. Cosa succede in questi casi	12
<b>Articolo 13</b>	Le Franchigie applicabili alla Copertura Invalità permanente da Infortunio	13
<b>Parte III</b>	<b>Coperture aggiuntive sempre operanti</b>	<b>15</b>
<b>Articolo 14</b>	Anticipo di Indennizzo	15
<b>Articolo 15</b>	Coma irreversibile	15
<b>Articolo 16</b>	Malattie Professionali. Riservata agli Assicurati inquadrati come dirigenti e quadri (se previsto da CCNL)	16
<b>Articolo 17</b>	Malattie tropicali	16
<b>Articolo 18</b>	Spese Mediche Base	17
<b>Articolo 19</b>	Spese legate al Decesso dell'Assicurato	18
<b>Articolo 20</b>	Commorienza	18
<b>Articolo 21</b>	Danni estetici	18
<b>Articolo 22</b>	Costi di salvataggio e ricerca	18
<b>Articolo 23</b>	Non Autosufficienza	19
<b>Parte IV</b>	<b>Coperture opzionali</b>	<b>20</b>
<b>Articolo 24</b>	Spese Mediche Addizionali	20

<b>Articolo 25</b>	Malattia grave dirigenti	20
<b>Articolo 26</b>	Diaria da Inabilità temporanea a seguito di Infortunio	23
<b>Articolo 27</b>	Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio	24
<b>Articolo 28</b>	Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio	24
<b>Articolo 29</b>	Eventi Speciali. Copertura per Assicurati Aggiuntivi durante un evento speciale	25
<b>Parte V</b>	<b>Forma assicurativa e premio di assicurazione</b>	<b>27</b>
<b>Articolo 30</b>	Assicurazione stipulata in forma nominativa. Condizioni specifiche	27
<b>Articolo 31</b>	Variazioni della popolazione assicurata	28
<b>Articolo 32</b>	Condizioni specifiche	28
<b>Articolo 33</b>	Determinazione del Premio	30
<b>Articolo 34</b>	Pagamento del Premio	31
<b>Parte VI</b>	<b>La gestione dei Sinistri</b>	<b>32</b>
<b>Articolo 35</b>	Denuncia, accertamento e riconoscimento del Sinistro. Recesso in caso di Sinistro	32
<b>Articolo 36</b>	Accertamento della Non – Autosufficienza	36
<b>Articolo 37</b>	Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni. Cosa accade in caso di controversie di natura medica: il ruolo del Collegio Arbitrale	37
<b>Parte VII</b>	<b>Disposizioni Generali</b>	<b>39</b>
<b>Articolo 38</b>	Conclusione del contratto e decorrenza delle coperture assicurative	39
<b>Articolo 39</b>	Variazioni di Rischio	39
<b>Articolo 40</b>	Aumento dei Limiti di indennizzo	40
<b>Articolo 41</b>	Dichiarazioni relative alle circostanze di Rischio e buona fede	41
<b>Articolo 42</b>	Esonero denuncia altre assicurazioni	42
<b>Articolo 43</b>	Rinuncia al diritto di surrogazione	42
<b>Articolo 44</b>	Oneri fiscali	42
<b>Articolo 45</b>	Assicurazione per conto altrui	43
<b>Articolo 46</b>	Forma delle comunicazioni – Clausola broker	43
<b>Articolo 47</b>	Foro competente	43
<b>Articolo 48</b>	Legge applicabile	43
<b>Articolo 49</b>	Modifiche contrattuali	43
<b>Articolo 50</b>	Disdetta e diritto di recesso	44
<b>Articolo 51</b>	Modalità di consegna della documentazione informativa	44
<b>Articolo 52</b>	Reclami	44
<b>Parte VIII</b>	<b>Informativa Privacy</b>	<b>46</b>
<b>Parte IX</b>	<b>Glossario</b>	<b>51</b>
<b>Allegato</b>	<b>Importante da sapere</b>	<b>54</b>



## Parte I

# Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate

## ARTICOLO 1

### OGGETTO Il Contratto in sintesi

Questa è un'Assicurazione collettiva: copre due rischi, **decesso e invalidità permanente da infortunio**, che l'Assicurato subisce svolgendo le attività oggetto di copertura, come specificato in queste Condizioni di assicurazione. È possibile abbinare anche le **coperture opzionali** → [Parte IV](#).

## 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 Cosa copre l'Assicurazione

Copre gli Infortuni che l'Assicurato subisce svolgendo le mansioni dell'occupazione professionale dichiarata nella Polizza o svolgendo qualsiasi altra attività non a carattere professionale, salvo quanto diversamente specificato in Polizza.

I Limiti di Indennizzo previsti per ogni copertura attivata e riservati a ciascun Assicurato o categoria assicurata, sono indicati in Polizza.

## ARTICOLO 3

### DEFINIZIONE DI INFORTUNIO Cos'è un Infortunio in questa Assicurazione e quali Infortuni sono coperti

Per Infortunio qui si intende l'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisce l'Assicurato e produce lesioni fisiche constatabili obiettivamente che possono comportare il decesso, l'invalidità permanente oppure, se coperta, l'invalidità temporanea dell'Assicurato.



### Sono considerati Infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- l'assideramento e congelamento;
- i colpi di sole o di calore, influenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- le ernie addominali traumatiche, con queste limitazioni: **i)** in caso di ernia, anche bilaterale, non operabile secondo parere medico, la Compagnia pagherà un Indennizzo per invalidità permanente non superiore al 10% della Somma assicurata per questo caso; **ii)** in caso di ernia operabile, e solo se sia stata attivata la copertura opzionale per inabilità temporanea, la Compagnia pagherà un indennizzo per un massimo di 30 giorni successivi a quello dell'Infortunio;
- le punture di insetti (a esclusione della malaria e delle malattie tropicali → [Art. 17](#), morsi di rettili e di altri animali);
- il contatto accidentale con prodotti corrosivi e/o materiali tossici.

### Questa Assicurazione copre anche gli Infortuni:

- conseguenti ad atti di terrorismo, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza, anche grave, dell'Assicurato;
- derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti a Infortunio indennizzabile secondo questa Assicurazione;
- subiti in stato di improvviso malore o di incoscienza dell'Assicurato, purché non conseguenti a malattie croniche accertate che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti;
- derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo terrestre o natante a motore, a condizione che l'Assicurato, se alla guida, sia in possesso di abilitazione idonea e in corso di validità. L'abilitazione si considera valida anche nel caso in cui, alla data dell'Infortunio, il documento comprovante l'abilitazione stessa sia scaduto da meno di 3 mesi e l'Assicurato lo abbia rinnovato entro i 30 giorni successivi.

## Importante

Non rientrano nella definizione di Infortunio le conseguenze di eventi provocati dall'Assicurato alla guida di un veicolo terrestre o natante a motore in stato di abuso di alcoolici o psicofarmaci o di sostanze stupefacenti o allucinogene non a uso terapeutico.

## Nota bene

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione dopo che sono stati riscontrati con esami strumentali obiettivi e vi è stato esito positivo.

## ARTICOLO 4

### RISCHI ASSICURATI

#### Quali sono i Rischi coperti da questa Assicurazione

Per ciascuna categoria di Assicurati, i rischi oggetto di copertura sono quelli riportati in Polizza. Questo Contratto può assicurare i seguenti Rischi:

## 4.1

### Rischio professionale

Comprende tutte le attività professionali (principali e secondarie) richiamate in Polizza, e le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse. Salvo diversa indicazione, il Rischio professionale comprende anche il Rischio in itinere (vedi Articolo 12 del Decreto Legislativo in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali riportato di seguito).

#### Articolo 12 del Decreto legislativo n. 38/2000 ss.mm.ii

##### INFORTUNIO IN ITINERE

Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida.

##### La modalità "smart working"

La copertura per il Rischio professionale è estesa anche agli eventuali infortuni occorsi durante l'attività lavorativa svolta dai dipendenti in "smart working" o "lavoro agile" (come definito nella Legge 22 maggio 2017, n. 81 e successive modifiche ed eventuali norme speciali), a condizione che il Contraente abbia adempiuto agli obblighi vigenti previsti dalla normativa, tra cui quello dell'informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile a favore del lavoratore e ai sensi del disposto di legge di riferimento.

Sarà considerata "attività professionale" solo quella necessaria a espletare le mansioni e/o gli incarichi aziendali: la Compagnia può effettuare accertamenti per valutare se l'Infortunio può essere ricondotto o meno a cause lavorative. In smart working non sarà operante la copertura "Rischio in itinere": sarà presente la copertura Rischio extra-professionale, se attivata.

Per valutare se un Infortunio professionale è indennizzabile la Compagnia si baserà sull'esito della decisione dell'INAIL riguardo al medesimo evento.

#### Articolo 18 Legge 22 maggio 2017 n. 81, Commi 1 e 2

**1.** Le disposizioni del presente capo, allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, promuovono il lavoro agile quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

**2.** Il datore di lavoro è responsabile della sicurezza e del buon funzionamento degli strumenti tecnologici assegnati al lavoratore per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Cosa dice  
la legge

Nota bene

Cosa dice  
la legge

## 4.2

### Rischio extra-professionale

Comprende tutte le attività non professionali svolte dall'Assicurato e/o che non rientrano nelle attività professionali richiamate in Polizza, fatta eccezione per le attività comprese nei Rischi particolari.

## 4.3

### Rischio 24 ore

Copre sia il Rischio professionale che extra-professionale.

## 4.4

### Rischio carica

Copre tutte le attività connesse all'incarico professionale conferito all'Assicurato e all'espletamento del suo mandato, compresa la partecipazione alle riunioni. Copre anche gli Infortuni che possono colpire l'Assicurato durante il tragitto dal domicilio al luogo ove è chiamato a espletare il proprio mandato e viceversa, **purché l'Infortunio accada durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con i mezzi di trasporto abituali (privati, pubblici o di servizio).**

## 4.5

### Rischi particolari

Salvo diverse indicazioni riportate in Polizza, l'Assicurazione include anche i casi di Infortunio conseguente a questi Rischi particolari:

### 4.5.1

#### Rischio per "attività temerarie"

Copre i Rischi extra-professionali accaduti all'Assicurato svolgendo una di queste attività senza percepire alcuna forma di compenso, neppure a titolo di rimborso spese:

- alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco;
- speleologia in solitario;
- immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità.

In caso di decesso o di invalidità permanente determinati da un Infortunio conseguente a un'attività temeraria, la Compagnia:

- applica un **Sottolimito del 50% della Somma assicurata prevista per i Rischi extra-professionali (fino a Euro 100.000,00) a tutte le categorie di Assicurati tranne i dirigenti;**
- non applica alcun Sottolimito agli Assicurati della categoria dirigenti.

### 4.5.2

#### Rischio volo

Copre gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante un **viaggio aereo su qualunque aeromobile (elicotteri inclusi) come passeggero, non come pilota o membro dell'equipaggio.** Il viaggio inizia con la salita a bordo e termina con la discesa dall'aeromobile.

Questa estensione è prestata sulle coperture decesso e invalidità permanente da Infortunio: l'importo previsto è pari ai Limiti di Indennizzo indicati in Polizza per categoria di appartenenza.

Salvo diverse indicazioni in Polizza, **ove il Sinistro colpisca più Assicurati la Compagnia paga un Indennizzo complessivo non superiore a Euro 15.000.000,00 per aeromobile.**

Questo Limite di Indennizzo è l'importo massimo che la Compagnia potrà liquidare cumulativamente in caso di Sinistro derivante da Rischio volo che colpisca più Assicurati, impiegati o meno, presso lo stesso Contraente/Datore di lavoro associato. Tale Limite di Indennizzo si intende unico e cumulativo di tutte le coperture Rischio volo offerte dalla Compagnia a un medesimo Assicurato, indipendentemente da chi sia il Contraente.

## Importante

### Superamento dei Massimali

Se l'importo complessivo eccede il Limite di Indennizzo, la Compagnia riduce e liquida gli Indennizzi destinati ai singoli Assicurati in proporzione alle rispettive Somme assicurate.

### 4.5.3

#### Rischio guerra

Copre gli Infortuni subiti dall'Assicurato in conseguenza di atti di guerra fuori del Territorio italiano per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, purché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova in un paese sino ad allora in pace e non vi abbia preso parte attiva.

Rientrano nella definizione di "guerra" le guerre civili, le rivoluzioni e le invasioni.

### 4.5.4

#### Rischio sportivo

Sono coperti senza limitazione i Rischi extra-professionali conseguenti a qualunque pratica/attività sportiva a carattere ricreativo (diversa dalle "attività temerarie" → [Art. 4.5.1](#)) purché non vi sia alcuna forma di compenso, neppure come rimborso spese.

In caso di decesso o invalidità permanente da Infortunio avvenuto durante la pratica di sport aerei in genere e del paracadutismo, la Compagnia applica per tutte le categorie di Assicurati un Sottolimito del 50% della Somma assicurata prevista per i rischi extra-professionali, con un massimo di Euro 100.000,00.

### 4.5.5

#### Rischio guida mezzi speciali

Sono coperti senza limitazione i rischi extra-professionali conseguenti alla guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea (mezzi speciali) senza percepire alcuna forma di compenso, neppure come rimborso spese.

In caso di decesso o invalidità permanente da un Infortunio avvenuto durante la guida di mezzi speciali, la Compagnia applica per tutte le categorie di Assicurati un Sottolimito del 50% della Somma assicurata prevista per i rischi extra-professionali, con un massimo di Euro 100.000,00.

## ARTICOLO 5

## LIMITI TERRITORIALI



L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Il pagamento dei Sinistri avviene in Italia, in valuta locale corrente.

## Importante

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

## ARTICOLO 6

## ETÀ

## I limiti di età del Contratto



Per il caso di **decesso da infortunio** e di **invalidità permanente da infortunio** l'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati che **non abbiano ancora compiuto 86 anni**. Le **Coperture opzionali** possono prevedere **diversi limiti di età** → **Parte IV**.

## ARTICOLO 7

## LIMITE CATASTROFALE

## Cosa succede quando un Sinistro colpisce più Assicurati

L'Assicurazione copre anche il Sinistro che colpisca più Assicurati, quale conseguenza di un unico Evento o di una serie di Eventi, cause o circostanze accidentali, applicando un **Limite di Indennizzo di Euro 25.000.000,00**.

Questo Limite di Indennizzo è l'importo massimo che la Compagnia potrà liquidare, cumulativamente in caso di Sinistro che colpisca più Assicurati, impiegati o meno presso lo stesso Contraente/Datore di lavoro associato. Tale Limite di Indennizzo si intende unico e cumulativo di tutte le coperture Infortuni (fatta eccezione per il Rischio volo → [Art. 4.5.2](#)) offerte dalla Compagnia a un medesimo Assicurato, indipendentemente da chi sia il Contraente delle stesse.

## Importante

**Superamento dei massimali**

Se l'importo complessivo eccede il Limite di Indennizzo, la Compagnia riduce e liquida gli Indennizzi destinati ai singoli Assicurati in proporzione alle rispettive Somme assicurate.

## Parte II

# Prestazioni e Limiti di Indennizzo

## ARTICOLO 8

### DECESSO DA INFORTUNIO: CALCOLO DELL'INDENNIZZO



Ferme restando le cause di esclusione, le Franchigie e i Massimali previsti dall'Assicurazione, la Compagnia liquida l'Indennizzo agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali, se il decesso dell'Assicurato è conseguente a un Infortunio coperto dalla Polizza che si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio.

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato entro 12 mesi dalla sua scomparsa, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato, sarà presunto il decesso e la Compagnia corrisponderà l'Indennizzo previsto, considerandolo come Infortunio.

Se, dopo la liquidazione dell'Indennizzo, venga provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto ad agire nei confronti dei Beneficiari e dell'Assicurato per chiedere la restituzione dell'Indennizzo corrisposto.

## ARTICOLO 9

### INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO: DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO



Ferme restando le cause di esclusione, le Franchigie e i Massimali previsti dall'Assicurazione, la Compagnia liquida l'Indennizzo all'Assicurato se l'invalidità permanente dell'Assicurato è conseguente a un Infortunio coperto dalla Polizza che si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio.

L'Indennizzo è calcolato in percentuale rispetto alla Somma assicurata per invalidità permanente stabilita nella "Tabella per l'industria" allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 ss.mm.ii., rinunciando espressamente ad applicare la Franchigia prevista dalla legge in caso di Infortunio.

#### Determinazione del grado di invalidità: specifiche

Si segnalano le seguenti previsioni specifiche:

- per gli Assicurati mancini, le percentuali di invalidità permanente previste dalla "Tabella per l'industria" per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le per-



centuali della “Tabella per l’industria” sono ridotte in proporzione della effettiva funzionalità perduta;

- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l’Indennizzo si calcola sommando le percentuali corrispondenti a ogni singola lesione, **fino al limite massimo del 100%**;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella “Tabella per l’industria” sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l’asportazione totale;
- l’Indennizzo per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice equivale al 50% della percentuale fissata per la perdita totale del pollice, **senza applicare alcun meccanismo di supervalutazione** → **Art. 10**;
- l’Indennizzo in caso di perdita funzionale o anatomica di una falange dell’alluce equivale al 50% della percentuale fissata per la perdita totale dell’alluce;
- in caso di perdita funzionale o anatomica di una falange di un qualunque altro dito diverso dal pollice e dall’alluce, l’Indennizzo è pari a un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, senza applicare alcun meccanismo di supervalutazione → **Art. 10**.

In caso di invalidità permanente non specificata nella “Tabella per l’industria”, l’Indennizzo è calcolato tenendo conto di quanto è diminuita per sempre la capacità generica dell’Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. Valgono comunque le percentuali dei casi già elencati.

Per quantificare il grado di invalidità permanente nelle menomazioni visive e uditive si tiene conto dell’eventuale possibilità di applicare presidi correttivi, salvo le eccezioni previste → **Art. 10**.

In tutti i casi di Infortunio che comportino un’invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, la Compagnia liquida il 100% del Limite di Indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente. Questo salvo diverse indicazioni riportate in Polizza.

## Nota bene

## ARTICOLO 10

### INDENNIZZI SPECIALI Supervalutazione invalidità permanente da Infortunio



In caso di Infortunio che comporti:

- la perdita bilaterale e permanente della vista;
- la sordità completa bilaterale e permanente;
- l’afasia globale e permanente;
- la perdita totale e permanente dell’olfatto;
- la perdita totale della singola mano o dell’intero pollice (anche di un arto non dominante);
- la perdita totale o parziale di una gamba fino al terzo inferiore anche quando sia possibile applicare un apparecchio articolato;

- la perdita di un piede,

la Compagnia liquida un Indennizzo doppio rispetto a quello stabilito dalla “Tabella per l’industria” allegata al Regolamento per l’esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 ss.mm.ii. L’importo liquidato non potrà comunque superare il 100% della Somma assicurata prevista per il caso di invalidità permanente.

## ARTICOLO 11

### CONDIZIONI FISICHE E PATOLOGICHE PREESISTENTI O SOPRAVVENUTE - Come sono considerate dalla Compagnia

La Compagnia paga l’Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive di un Infortunio purché indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute: il Contraente però non ha l’obbligo di denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui è già affetto l’Assicurato alla Data di inclusione o sopravvenuti successivamente.

#### Importante

I possibili effetti dell’Infortunio sulle condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute oppure, l’eventuale aggravio che tali condizioni preesistenti possano apportare alle lesioni prodotte dall’infortunio vengono considerate conseguenze indirette e pertanto non indennizzabili.

Allo stesso modo, nei casi di mutilazione o difetto fisico preesistenti, l’Indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette dell’Infortunio come se a esserne colpita sia stata una persona fisicamente integra.

## ARTICOLO 12

### CUMULO DI INDENNIZZI PER DECESSO E INVALIDITÀ PERMANENTE - Cosa succede in questi casi

#### CASO 1

Se dopo aver ricevuto l’Indennizzo di invalidità permanente nello stesso Periodo di assicurazione, l’Assicurato muore in conseguenza di un Sinistro diverso rispetto a quello che aveva determinato l’insorgenza dello stato di invalidità permanente, la Compagnia corrisponde al Beneficiario la Somma assicurata per il caso decesso.

#### CASO 2

Se dopo aver ricevuto l’Indennizzo di invalidità permanente entro 1 anno dal Sinistro, l’Assicurato decede in conseguenza del medesimo Sinistro che aveva determinato l’invalidità permanente, la Compagnia corrisponde al Beneficiario la differenza (se positiva) tra l’Indennizzo già liquidato e la Somma assicurata per il caso decesso.

#### Nota bene

Il diritto all’Indennizzo per invalidità permanente è personale e quindi non può essere trasmesso agli eredi. La Compagnia si impegna però ad astenersi dall’applicare le clausole che escludono la trasmissione del diritto all’Indennizzo per invalidità permanente agli eredi in caso di premorienza dell’Assicurato.

#### CASO 3

Se l’Assicurato decede per cause diverse dall’Infortunio subito dopo che la Compagnia ha comunicato la liquidazione determinata per l’Indennizzo di Invalidità permanente ma prima che la stessa sia stata pagata, la Compagnia corrisponde l’Indennizzo per il caso di invalidità permanente ai suoi eredi legittimi o testamentari.

## Nota bene

La Compagnia si impegna a valutare l'invalidità permanente e, nel caso, a corrispondere l'Indennizzo anche se l'Assicurato è deceduto per cause diverse dall'Infortunio prima della liquidazione dell'Indennizzo ma dopo il consolidamento dello stato di invalidità permanente obiettivamente verificabile o verificato e i suoi eredi siano in grado di dimostrare la stabilizzazione dei postumi attraverso idonea documentazione medica.

## ARTICOLO 13

### LE FRANCHIGIE APPLICABILI ALLA COPERTURA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO



Le eventuali Franchigie applicate alla copertura Invalidità permanente da Infortunio sono indicate in Polizza per ciascuna categoria di Assicurati coperta dall'Assicurazione.

#### I vari tipi di Franchigia: Assoluta, Relativa e in giorni

- La **Franchigia** è la parte del danno liquidabile che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.
- La **Franchigia Assoluta** prevede che, fino a una certa percentuale di invalidità, la Compagnia non corrisponde alcun Indennizzo.
- La **Franchigia Relativa** prevede che al di sotto di una certa percentuale di invalidità non venga corrisposto alcun Indennizzo. Se però il grado d'invalidità superi invece tale percentuale, l'Indennizzo viene corrisposto per intero.
- La **Franchigia espressa in giorni** è tipica delle diarie e prevede che l'Indennizzo giornaliero riconosciuto in caso di Sinistro inizi ad essere erogato trascorsi i giorni di Franchigia.

#### APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA ASSOLUTA

	Limite di Indennizzo per invalidità permanente	Punti di invalidità permanente riconosciuti	Franchigia Assoluta
<b>1° esempio</b>	€ 100.000,00	2%	3%

#### Indennizzo spettante: € 0,00

perché i punti di invalidità permanente riconosciuti del 2% sono inferiori alla percentuale di Franchigia del 3%

	Limite di Indennizzo per invalidità permanente	Punti di invalidità permanente riconosciuti	Franchigia Assoluta
<b>2° esempio</b>	€ 100.000,00	10%	3%

#### Indennizzo spettante: € 100.000,00 x (10% - 3%) = € 7.000,00

perché dai punti di invalidità permanente riconosciuti del 10% viene dedotta la per-

## Esempio

### APPLICAZIONE DI FRANCHIGIA RELATIVA

	Limite di Indennizzo per Invalidità permanente	Punti di Invalidità permanente riconosciuti	Franchigia Relativa
<b>1° esempio</b>	€ 100.000,00	10%	3% relativa al 10%

**Indennizzo: € 100.000,00 x (10% - 3%) = € 7.000,00**

perché dai punti di Invalidità permanente riconosciuti del 10% viene dedotta la percentuale di Franchigia del 3%

	Limite di Indennizzo per Invalidità permanente	Punti di Invalidità permanente riconosciuti	Franchigia Relativa
<b>2° esempio</b>	€ 100.000,00	11%	3% relativa al 10%

**Indennizzo: € 100.000,00 x 11% = € 11.000,00**

perché i punti di Invalidità permanente riconosciuti dell'11% sono maggiori del limite del 10% di Franchigia relativa, il limite si annulla e l'Assicurato ha diritto al riconoscimento dei punti di Invalidità effettivi senza applicazione di alcuna Franchigia

### APPLICAZIONE DI FRANCHIGIA IN GIORNI

	Limite di Indennizzo giornaliero per inabilità temporanea totale	Giorni di inabilità totale riconosciuti	Franchigia
<b>esempio</b>	€ 50,00	15 (di cui 10 di inabilità totale e 5 di inabilità parziale)	5 giorni

**Indennizzo: € 50,00 x (10 - 5) + € 25,00 x 5 = € 375,00**

perché la Franchigia di 5 giorni riduce i giorni di pagamento della inabilità temporanea

## Esempio

## Parte III

# Coperture aggiuntive sempre operanti

## ARTICOLO 14

### ANTICIPO DI INDENNIZZO

Dopo **60 giorni** dal termine delle cure mediche per un Infortunio indennizzabile, anche se non vi è ancora stata guarigione definitiva o stabilizzazione dei postumi, l'Assicurato potrà richiedere alla Compagnia un **anticipo di Indennizzo pari al 50% del presunto importo indennizzabile per invalidità permanente, fino a un massimo di Euro 100.000,00**, da conguagliarsi al momento della definitiva liquidazione del Sinistro.

## Nota bene

La Compagnia paga l'anticipo di Indennizzo entro 30 giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato solo se, dopo aver effettuato un accertamento autonomo, il grado di invalidità permanente residuo dopo le cure mediche risulti pari o superiore al 20%.

## ARTICOLO 15

### COMA IRREVERSIBILE

Lo stato dichiarato di coma irreversibile conseguente a Infortunio indennizzabile, viene equiparato al decesso. Per "coma irreversibile" si intende lo stato di incoscienza profonda senza alcuna reazione a seguito di stimoli esterni e bisogni interiori. Per essere dichiarato tale, lo stato di coma irreversibile ha come conseguenza diretta un deficit neurologico permanente e richiede l'uso persistente e continuo di sistemi artificiali di supporto di mantenimento in vita.

La Compagnia paga ai Beneficiari un Indennizzo pari alla Somma assicurata per il caso di decesso dopo aver ricevuto la comunicazione scritta che dichiara che è in essere uno stato di coma irreversibile dell'Assicurato **da almeno 180 giorni continuativi**. Tale comunicazione deve essere trasmessa alla Compagnia **entro i 15 giorni successivi ai 180 giorni continuativi di coma irreversibile**, con le modalità previste per la denuncia di Sinistro → **Parte VI**.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

La domanda di pagamento dell'Indennizzo deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato, corredata dal provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'Indennizzo “coma irreversibile” → [Art. 35](#).

Dalla data di liquidazione dell'Indennizzo cessa la copertura assicurativa a favore dell'Assicurato e la Compagnia non è tenuta a corrispondere altro in caso di decesso e/o invalidità permanente dell'Assicurato stesso.

## Importante

## ARTICOLO 16

### MALATTIE PROFESSIONALI

#### Riservata agli Assicurati inquadrati come dirigenti e quadri (se previsto da CCNL)



Salvo quanto richiamato in Polizza, in caso di invalidità permanente da malattia professionale associata al settore industriale dell'azienda presso la quale l'Assicurato è occupato (come indicato nel D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 ss.mm.ii. e Allegato 1 al Decreto del ministero del lavoro e delle politiche sociali del 10 giugno 2014 n. 76142 ss.mm.ii.) e manifestata nel Periodo di assicurazione, la Compagnia corrisponde un Indennizzo calcolato sulla base della percentuale di invalidità permanente indicata nella “Tabella per l'industria” allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 ss.mm.ii. pari al limite massimo di risarcimento previsto, rinunciando all'applicazione delle Franchigie previste dalla legge in caso di Infortunio.

La liquidazione dell'Indennizzo viene effettuata in un'unica soluzione.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di €500.000,00 per la copertura Decesso e € 500.000,00 per la copertura Invalidità Permanente.

**Il Contraente dichiara che alla Data di decorrenza dell'Assicurazione gli Assicurati non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile ad una malattia professionale e si impegna, in caso di inclusione in copertura di nuovi Assicurati, a informare preventivamente la Compagnia sulle loro condizioni, se a rischio.**

## ARTICOLO 17

### MALATTIE TROPICALI

Per “malattie tropicali” si intendono quelle contratte a seguito di un viaggio internazionale ed elencate dal Ministero della Salute sul proprio sito nell'apposita area tematica. La malaria è considerata malattia tropicale. La malattia tropicale per essere riconosciuta tale dovrà essere diagnostica dal medico curante dell'Assicurato. In caso di divergenza sulla Diagnosi della malattia, la decisione è rimessa al Collegio Medico → [Art. 37](#).

In caso di decesso o di invalidità permanente conseguente a malattia tropicale contratta dall'Assicurato nel Periodo di assicurazione che si manifesti entro 90 giorni dal termine dell'Assicurazione stessa, la Compagnia paga un Indennizzo fino a raggiungere il Massimale stabilito per le coperture decesso e invalidità permanente da Infortunio e con un massimo di Euro 500.000,00.

Il Limite di Indennizzo per Invalidità permanente conseguente a malattia tropicale è sempre soggetto a una Franchigia Relativa del 20%.

#### Punti di Invalidità permanente riconosciuti:

- ≤ 20% → nessun Indennizzo spettante
- > 20% inferiore al 66% → Indennizzo parametrato alla sola parte eccedente il 20%
- > 66% → Indennizzo pari al 100% della Somma assicurata

La Compagnia non corrisponde alcun Indennizzo per malattia tropicale se l'Assicurato non ha effettuato correttamente le pratiche di profilassi richieste prima di recarsi in una determinata zona a rischio, come previsto dal sito del Ministero della Salute, attualmente alla sezione "Viaggiare in salute – Vaccinazioni per i viaggiatori internazionali". Le profilassi eseguite dovranno essere attestate dall'invio di documentazione medica sanitaria.

Il Contraente dichiara che alla Data di decorrenza dell'Assicurazione gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e si impegna, nel caso di inclusione in copertura di nuovi Assicurati, a informare preventivamente la Compagnia sulle loro condizioni, se a rischio.

## Importante

## ARTICOLO 18

### SPESE MEDICHE BASE



In caso di Infortunio indennizzabile, che comporti come conseguenza una spesa per cure mediche, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese regolarmente documentate fino a un importo massimo di Euro 5.000,00 per Periodo di assicurazione.

#### Quali spese sono indennizzabili

Per cure mediche si intendono esclusivamente quelle direttamente correlate all'Infortunio e relative a:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso da o verso l'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e le spese per l'assistenza domiciliare effettuata da personale sanitario qualificato e le spese farmaceutiche, purché prescritte dal medico curante;
- spese per le prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

## Nota bene

Sono escluse sia le spese per esami, interventi o accertamenti relativi a eventuali patologie concomitanti e non correlate direttamente all'Infortunio e quelle spese sostenute per le operazioni di chirurgia estetica, salvo quelle necessarie a eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.



## ARTICOLO 19

### SPESE LEGATE AL DECESSO DELL'ASSICURATO

Con questa copertura la Compagnia, in caso di Infortunio indennizzabile che comporti il decesso dell'Assicurato, rimborsa ai Beneficiari le seguenti spese, se regolarmente documentate:

#### 19.1

##### Rimpatrio della salma

In caso di decesso fuori dal Territorio italiano, la Compagnia rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Territorio italiano, entro il Limite di Indennizzo di Euro 7.500,00 salvo diversamente indicato in Polizza.

#### 19.2

##### Spese funerarie

In caso di decesso, la Compagnia rimborsa le spese sostenute per il funerale o la cremazione entro il Limite di Indennizzo di Euro 7.500,00 salvo diversamente indicato in Polizza.

## ARTICOLO 20

### COMMORIENZA

Se a causa di infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge, non separato, o del convivente *more uxorio* l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni – se conviventi ed in quanto Beneficiari – sarà aumentata del 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni portatori di invalidità permanente di gradopari o superiore al 66%.

Resta in ogni caso convenuto che il massimo esborso a carico della Compagnia, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 e che l'applicazione della presente Condizione Aggiuntiva rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in Polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione della Somma assicurata per il caso di morte.

Questa Copertura non copre i Rischi particolari → [Art. 4.1](#).

## ARTICOLO 21

### DANNI ESTETICI

In caso di Infortunio con conseguenze di carattere estetico, che non abbia comportato la corresponsione di un Indennizzo a titolo di Invalidità permanente, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese documentate sostenute per cure ed applicazioni mediche per ridurre o eliminare il danno estetico, e le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica fino al Limite di Indennizzo di Euro 6.000,00 indicato in Polizza.

## ARTICOLO 22

### COSTI DI SALVATAGGIO E RICERCA

In caso di Infortunio indennizzabile che comporti il decesso o l'Invalidità permanente dell'Assicurato, se l'Assicurato necessita dell'intervento di una squadra di emergenza

per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorsi locali, la Compagnia rimborsa a quest'ultimo o ai Beneficiari le spese documentate sostenute fino al Limite massimo di indennizzo di Euro 25.000,00.

## ARTICOLO 23

### NON AUTOSUFFICIENZA

Per "riduzione dell'autosufficienza" si intende la riduzione della qualità della vita che costringe un Assicurato all'assistenza di un'altra persona o di un apparecchio meccanico per svolgere due o più di queste attività:

- vestirsi e svestirsi
- lavarsi
- mangiare e bere
- effettuare le normali incombenze domestiche, fare acquisti e guidare.

In caso di Invalidità Permanente conseguente a Infortunio che comporta una riduzione dell'autosufficienza dell'Assicurato presumibilmente permanente, la Compagnia liquiderà all'Assicurato stesso un Indennizzo forfettario di Euro 5.000,00.

## Parte IV

# Coperture opzionali

Questo Contratto offre la possibilità di sottoscrivere altre Coperture opzionali di seguito descritte. In estensione a quanto previsto nelle Parti I, II e III, ciascuna Copertura opzionale è operante solo se espressamente richiamata in Polizza ed esclusivamente per le categorie di Assicurati indicate, con riferimento alle quali vengono stabiliti i Limiti di indennizzo.

## ARTICOLO 24

### SPESE MEDICHE ADDIZIONALI



Con questa copertura il Contraente può incrementare la copertura “Spese Mediche Base” → [Art. 18](#) richiedendo una Somma assicurata aggiuntiva che sarà indicata in Polizza. La copertura “Spese Mediche Addizionali” segue le stesse regole della copertura “Spese Mediche Base”.

## ARTICOLO 25

### MALATTIA GRAVE DIRIGENTI

La Copertura opzionale, riservata ai soli Assicurati contrattualmente inquadrati come dirigenti, prevede che la Compagnia versi all'Assicurato un Indennizzo forfettario di Euro 5.000,00 alla prima Diagnosi di malattia grave.

## Nota bene

L'Indennizzo è erogabile una sola volta per Assicurato, a prescindere dal numero di malattie gravi di cui può essere affetto: una volta corrisposto comporta l'immediata cessazione della Copertura opzionale “Malattia grave”, senza possibilità di rinnovo.

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	<b>Coperture opzionali</b>	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

**Le malattie gravi coperte sono solo le seguenti:**

MALATTIE GRAVI COPERTE	ESCLUSIONI
<p><b>Cancro</b></p> <p>Diagnosi di tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani. La Diagnosi di cancro deve essere confermata da referto isto-patologico. Nella patologia cancro sono comprese: la leucemia, i linfomi maligni e i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo e i sarcomi.</p>	<p>Sono esclusi dalla definizione di cancro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il “carcinoma in situ”, o tumore “in situ”,</li> <li>• la displasia e tutte le forme pre-maligne;</li> <li>• il tumore della prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2N0M0 della classificazione TNM;</li> <li>• qualsiasi tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che non si sia diffuso oltre l’epidermide (lo strato superficiale della pelle);</li> <li>• il carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all’organo;</li> <li>• la leucemia (linfatica cronica) di grado A secondo la scala Binet.</li> </ul>
<p><b>Infarto miocardico</b></p> <p>Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto, da intendersi come la necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta a ostruzione dell’afflusso di sangue. La Diagnosi deve essere confermata dall’innalzamento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) con almeno un livello al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento, più uno di questi parametri: i) segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore; ii) nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, in concomitanza con uno dei seguenti parametri: sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell’onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.</p>	<p>Sono escluse altre sindromi coronariche acute, compresa l’angina pectoris instabile.</p>

## MALATTIE GRAVI COPERTE

### Ictus

Necrosi del tessuto cerebrale dovuta a un afflusso insufficiente di sangue o di emorragia che ha come conseguenza tutte queste condizioni:

- comparsa di nuovi sintomi neurologici compatibili con un ictus;
- insorgenza di nuovi deficit neurologici obiettivabili all'esame clinico che persistono in modo continuativo per almeno 60 giorni dopo la Diagnosi di ictus;
- nuovi riscontri alla TAC o RMI, se eseguiti, compatibili con la Diagnosi clinica.

### Trapianto d'organo

Il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno di questi organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o midollo osseo.

### Chirurgia di bypass aortocoronarico

Intervento di cardiocirurgia in campo aperto per correggere la stenosi o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante un innesto di bypass. L'angiografia deve evidenziare la presenza di una malattia coronarica.

### Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale all'ultimo stadio che richiede emodialisi regolare o dialisi peritoneale. La Diagnosi deve essere confermata da un nefrologo. La dialisi deve essere una condizione definitiva e non intermedia dovuta a uno stato acuto di insufficienza renale incapace di recuperare la sua attività (insufficienza renale transitoria).

## ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla definizione di ictus:

- l'attacco ischemico transitorio (TIA);
- le lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni;
- l'emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente;
- un'anomalia riscontrata nel cervello o con altre tecniche di imaging in assenza di sintomi clinici e segni neurologici correlati.

Sono esclusi dalla definizione di trapianto d'organo:

- il trapianto di altri organi, parti di organi, tessuti o cellule;
- il trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali.

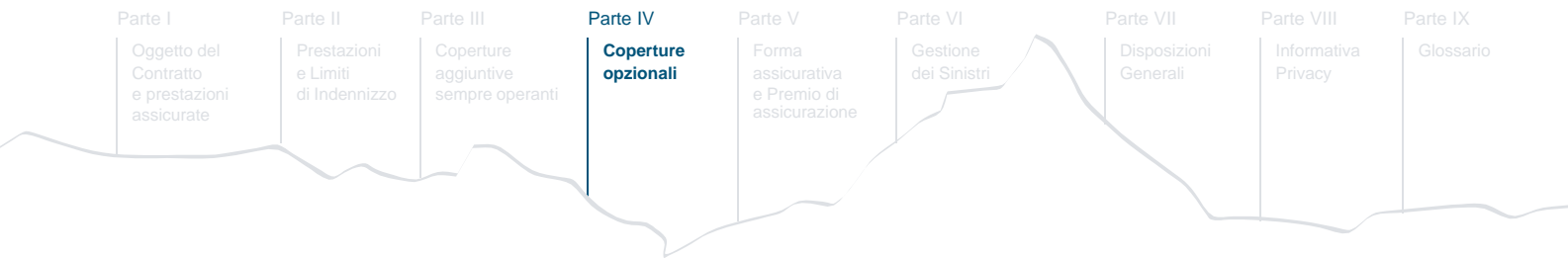
Sono esclusi i seguenti interventi:

- angioplastica transluminale coronarica percutanea (PTCA);
- tutte le altre tecniche che prevedono l'innesto di un catetere nell'arteria o le procedure con laser.

## 25.1

### Carenza della Copertura Opzionale "Malattia Grave"

Questa Copertura Opzionale prevede un periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di inclusione in copertura dell'Assicurato. La Compagnia paga l'Indennizzo solo se l'Assicurato sopravvive almeno 15 giorni dalla data della Diagnosi.



Per Carezza della Copertura in questo Contratto si intende l'arco temporale che intercorre tra la Data di inclusione e l'effettiva decorrenza delle garanzie in essa contenute. La Compagnia non è tenuta a pagare i Sinistri accaduti all'Assicurato durante questo arco di tempo, anche se indennizzabili.

## 25.2 Esclusioni della Copertura “Malattia Grave”

Sono esclusi gli eventi causati, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- suicidio tentato o atti di autolesionismo;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV);
- anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica sono tra le cause dirette di una delle affezioni oggetto di copertura;
- mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
- qualsiasi Condizione preesistente;
- uso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.



## 25.3 Limiti di età

La Copertura opzionale “Malattia grave” è valida solo per gli Assicurati che non hanno ancora compiuto 71 anni alla Data di inclusione nel Contratto.

# ARTICOLO 26

## DIARIA DA INABILITÀ TEMPORANEA A SEGUITO DI INFORTUNIO

L'inabilità temporanea è totale nel periodo di tempo in cui l'Assicurato è completamente inabile a svolgere le attività professionali (principali e secondarie) indicate in Polizza.

L'inabilità temporanea è parziale nel periodo di ripresa che fa seguito al periodo di inabilità totale e che dura fino alla completa abilità.

Se un Infortunio indennizzabile causa l'inabilità temporanea dell'Assicurato, la Compagnia paga un Indennizzo giornaliero come “Diaria da inabilità temporanea”:

- al 100% per tutto il tempo in cui l'Assicurato risulta essere totalmente inabile a svolgere la sua attività professionale;
- al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato ha potuto svolgere solo in parte le sue attività professionali

La Diaria giornaliera da Inabilità temporanea è corrisposta per il numero massimo di giorni indicato in Polizza.

Per avere diritto all'indennizzo, l'Assicurato deve comunicare alla Compagnia il Sinistro entro 48 ore da quando è accaduto, salvo comprovata forza maggiore.

In ogni caso non è pagato alcun indennizzo per Sinistri notificati oltre i 90 giorni dalla data di accadimento.

La Diaria giornaliera sarà pagata:

- dalla data di notifica del Sinistro;  
oppure
- quando l'Inabilità temporanea sia certificata dal medico curante, dopo che siano interamente trascorsi i giorni di Franchigia indicati in Polizza, successivi alla data di notifica del Sinistro. **La Franchigia è sempre applicata.**

Il pagamento della Diaria giornaliera cesserà immediatamente alla data più vicina all'Infortunio tra quelle qui indicate:

- la data in cui il trattamento per l'Infortunio è considerato completato, come certificato dal documento medico;
- la data in cui l'Assicurato è in grado di riprendere la propria attività abituale;
- la data in cui è stato stabilito con precisione il grado di invalidità permanente dell'Assicurato;
- la data della morte dell'Assicurato.

## ARTICOLO 27

### DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di ricovero in Ospedale o Istituto di cura a seguito di Infortunio indennizzabile, la Compagnia corrisponde un Indennizzo giornaliero come "Diaria da Ricovero" indicato in Polizza. La Diaria da Ricovero, è pagata a degenza ultimata per tutto il periodo del Ricovero per un massimo di giorni indicato in Polizza e, dopo aver applicato gli eventuali giorni di Franchigia.

La Compagnia paga la Diaria dopo aver ricevuto un certificato medico rilasciato dall'Ospedale o Istituto di cura, dal quale risulti la descrizione dell'Infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del Ricovero.

## Importante

In caso di Ricovero di lunga durata, la Compagnia dovrà ricevere un certificato aggiornato ogni mese. L'Assicurato potrà eventualmente chiedere il pagamento della Diaria da Ricovero su base mensile: in questo caso la Compagnia pagherà l'Indennizzo alla fine del mese successivo, sulla base dei documenti in suo possesso.

Il pagamento è effettuato indipendentemente da ogni altro Indennizzo di cui eventualmente l'Assicurato fruisca ai sensi del presente Contratto.

## ARTICOLO 28

### DIARIA DA GESSATURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile, l'Assicurato debba portare un apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante, applicato e rimosso dietro presentazione di un certificato medico rilasciato da strutture ospedaliere autorizzate o dal proprio medico curante, la Compagnia corrisponde un Indennizzo giornaliero come "Diaria da Gessatura" indicato in Polizza. Questo Indennizzo viene corrisposto dal giorno:

- delle dimissioni dall'Istituto di Cura, nel caso in cui l'Infortunio abbia comportato un Ricovero;



- dall'applicazione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante, nel caso in cui l'Infortunio non abbia comportato il Ricovero.

L'Indennizzo giornaliero viene corrisposto fino al giorno della rimozione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante per massimo 30 giorni e dopo aver applicato gli eventuali giorni di Franchigia.

Ai fini del calcolo dell'Indennizzo, il giorno di applicazione e quello della rimozione sono considerati come un giorno unico.

## Importante

Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, l'Indennizzo ricevuto come Diaria da Ricovero non è cumulabile con quello della Diaria da Gessatura: quest'ultimo decorre pertanto dalla data di cessazione del Ricovero e termina entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio.

## ARTICOLO 29

### EVENTI SPECIALI

#### Copertura per Assicurati Aggiuntivi durante un Evento Speciale

Per Eventi Speciali si intendono i meeting, gli eventi aziendali, i congressi, i convegni, le manifestazioni ufficiali, le esibizioni e i corsi organizzati dal Contraente/Datore di lavoro associato, della durata massima di 12 ore continuative.

Per Assicurati Aggiuntivi si intendono i partecipanti a un Evento Speciale che non siano già inclusi in copertura dalla Polizza come Assicurati.

La Copertura opzionale "Eventi Speciali" è riservata agli Infortuni occorsi agli Assicurati Aggiuntivi che partecipano a un Evento Speciale.

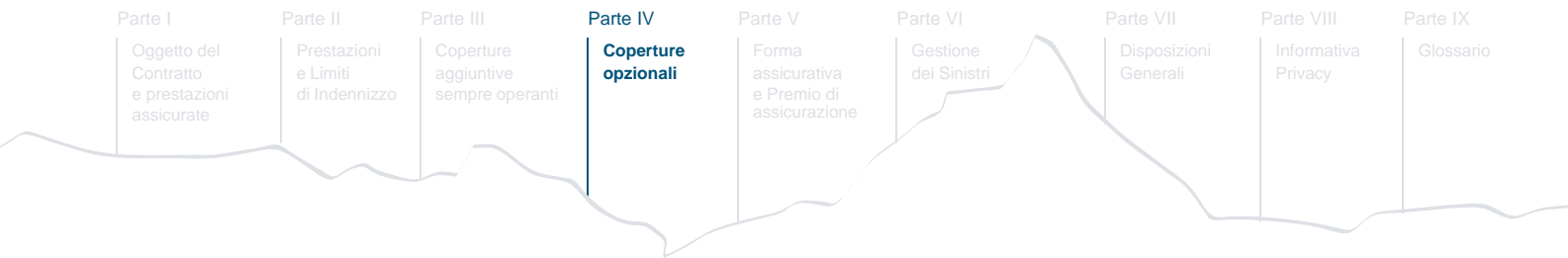
Questa Copertura opzionale copre solo i rischi decesso e invalidità mentre non copre i Rischi Particolari → [Art. 4.5](#).

Per attivare la Copertura opzionale "Eventi Speciali" occorre trasmettere una richiesta scritta alla Compagnia almeno 10 giorni lavorativi prima della data prevista per l'Evento Speciale. La richiesta dovrà comprendere informazioni come il tipo di Evento Speciale, il luogo e la durata e il numero di Assicurati Aggiuntivi. La Compagnia conferma l'attivazione della Copertura opzionale "Eventi Speciali" emettendo un'apposita Appendice. La copertura è valida per tutto il tempo in cui gli Assicurati Aggiuntivi partecipano all'Evento Speciale nei locali e negli spazi adibiti a questo, indipendentemente dall'attività che svolgeranno.

La Copertura opzionale "Eventi Speciali" non può essere attivata nel caso in cui l'attività principale del Contraente o del Datore di lavoro associato sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni.

#### Somme assicurate

La Copertura opzionale opera nei Limiti di Indennizzo riportati nell'Appendice di Polizza per ciascuna categoria di Assicurati Aggiuntivi di appartenenza.



È sempre applicata una Franchigia per il caso di Invalidità permanente del 3% Relativa al 15 per il caso di invalidità permanente:

- quando l'invalidità permanente è  $\leq 3\%$  → nessun Indennizzo spettante;
- quando l'invalidità permanente è  $> 3\%$  inferiore al 15% → Indennizzo corrisposto per la parte eccedente il 3%;
- quando l'invalidità permanente è  $> 15\%$  → l'Indennizzo è corrisposto integralmente.

### Denuncia del Sinistro e relativi obblighi

La Compagnia non procederà ad alcun Indennizzo senza una dichiarazione scritta del Contraente che attesta e conferma la partecipazione del richiedente all'Evento Speciale in qualità di Assicurato Aggiuntivo → [Art. 35](#).

## Parte V

# Forma assicurativa e pagamento del Premio

Questa Assicurazione può essere attivata:

- **in forma nominativa;**
- **oppure**
- **sulla base di elementi di Rischio variabili.**

## Nota bene

**Assicurazione stipulata in forma nominativa:** copre una o più categorie di Assicurati o Assicurati singoli individuati sulla base dello Stato di Rischio.

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

## ARTICOLO 30

### ASSICURAZIONE STIPULATA IN FORMA NOMINATIVA Condizioni specifiche



Il Contraente si impegna a comunicare alla Compagnia per ciascun Assicurato di cui richiede l'inserimento in copertura:

- nome, cognome, data di nascita, codice fiscale e categoria di appartenenza;
- Somma assicurata, condizioni, Franchigie e Datore di lavoro associato.

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

## ARTICOLO 31

### VARIAZIONI DELLA POPOLAZIONE ASSICURATA

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 per coprire Giovanna per un intero anno (360 giorni) sarebbe pari a 1.000 euro ma poiché Giovanna resta in copertura solo per 9 mesi (270 giorni) il rateo di Premio da versare è calcolato come segue:  $(1.000/360) \times 270 = 750$  euro.

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

#### Esempio

Per abbandono del posto di lavoro, il 1° aprile 2020 Giovanna esce dalla copertura di un Contratto che decorre dal 1° gennaio 2020 e che termina il 31 dicembre 2020. Il Premio versato per coprire Giovanna per un intero anno (360 giorni) è pari ad 1.000 euro ma poiché Giovanna resta in copertura solo per 3 mesi (90 giorni) la Compagnia rimborsa al Contraente il rateo di Premio non goduto calcolato come segue:  $1.000 - (1.000/360 \times 90) = 750$  euro.



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

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

## ARTICOLO 32

### ASSICURAZIONE STIPULATA SULLA BASE DI ELEMENTI DI RISCHIO VARIABILE: CONDIZIONI SPECIFICHE



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

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

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

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

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

**Importante**

## 32.1 ASSICURAZIONE PER NUMERO DI PERSONE E ASSICURAZIONE PER RETRIBUZIONE ANNUA

### Assicurazione per numero di persone

Le eventuali inclusioni ed esclusioni in corso d'anno sono regolate alla fine del Periodo di assicurazione. Per le inclusioni avvenute durante il primo semestre di copertura il Premio dovuto è pari a 360/360; per le inclusioni avvenute nel secondo semestre di copertura il Premio è pari a 180/360.

### Assicurazione per retribuzione annua

#### Cosa si intende per “retribuzione annua”

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

Per il calcolo dell'Indennizzo si tiene in considerazione la retribuzione annua percepita dall'Assicurato, nei 12 mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'Infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili in modo ricorrente in ciascun mese, purché su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il Premio di assicurazione.

#### Casi particolari

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

**Nota bene**



### Calcolo del Premio

Il Premio è calcolato sulla retribuzione annua computata, come indicato sopra, moltiplicata per il tasso di premio per mille e per il multiplo riferibili alla categoria assicurata. Al Premio sono applicati sconti e maggiorazioni eventualmente pattuiti e sono aggiunte le addizionali, se previste, e la tassa governativa. Il Contraente paga anticipatamente il Premio di perfezionamento in base al preventivo annuo di retribuzione → [Art. 33](#).

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

## ARTICOLO 33

### DETERMINAZIONE DEL PREMIO



Il Premio è unico ed è sempre determinato per Periodi di assicurazione di 1 anno, anche se è stato frazionato in 2 o più rate.  
Il Premio dovuto è la risultante tra il Premio di perfezionamento e quello di regolazione.

- **Premio di perfezionamento**

È calcolato in via provvisoria alla stipula del Contratto e alla ricorrenza di ciascun Periodo di assicurazione successivo. È richiamato in Polizza ed è dovuto dal Contraente in via anticipata al momento della conclusione del Contratto e a ogni rinnovo annuale. Nel caso in cui l'Assicurazione sia stata stipulata per coprire l'ammontare delle retribuzioni annue, la base di calcolo del Premio di perfezionamento non potrà essere inferiore al 75% degli ultimi dati disponibili relativi alla retribuzione annua lorda della categoria assicurata.

- **Premio di regolazione**

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

#### Cosa contiene il documento di regolazione

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

#### Pagamento delle differenze di Premio

Le differenze attive o passive devono essere regolate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente. Se il Premio di regolazione è più del doppio di quello di perfezionamento, in caso di rinnovo il nuovo Premio di perfezionamento verrà aggiornato sulla base degli ultimi dati consuntivi disponibili. Il nuovo Premio di perfezionamento avrà effetto dal rinnovo successivo e non potrà essere inferiore al 75% del Premio calcolato sugli ultimi dati consuntivi disponibili.

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

## Importante

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

In caso di inclusioni o esclusioni di nuove categorie di Assicurati o di applicazioni aggiuntive e/o estensioni concordate con il Contraente e attivate durante il Periodo di assicurazione, la Compagnia calcola il Premio dovuto ed emette apposita Appendice di regolazione contabile. Il Contraente deve effettuare il pagamento del Premio entro 30 giorni.

## Importante

La Compagnia non prende in carico i Sinistri eventualmente accaduti finché il Contraente non ha pagato il Premio dovuto.

## ARTICOLO 34

### PAGAMENTO DEL PREMIO



Il Contraente è tenuto a pagare il Premio alle scadenze concordate direttamente alla Compagnia o al Distributore al quale è assegnato il Contratto. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza.

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

In caso di mancato pagamento del Premio, o della sua prima rata, l'Assicurazione resta sospesa e si riattiva dalle ore 24:00 del giorno del corretto accredito del Premio.

## Importante

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza.

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



## Parte VI

# La gestione dei Sinistri

## ARTICOLO 35

### DENUNCIA, ACCERTAMENTO E RICONOSCIMENTO DEL SINISTRO

Per attivare la procedura di liquidazione dell'Indennizzo, il richiedente deve trasmettere la denuncia di Sinistro con le cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico e di tutta la documentazione necessaria, tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente alla direzione della Compagnia o al Distributore. L'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici richiesti dalla Compagnia, fornire ogni informazione ritenuta utile e produrre copia della cartella clinica completa, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato e acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del Decreto Legislativo n. 196/2003.

## Importante

La denuncia deve essere trasmessa entro 30 giorni dal Sinistro o nel momento in cui il richiedente ne abbia le possibilità, e comunque non oltre 2 anni dalla data di cessazione della Polizza.

#### La data corretta di accadimento del Sinistro: i singoli casi

per la copertura <b>decesso da Infortunio</b>	→	data del decesso
per la copertura <b>coma irreversibile</b>	→	data di dichiarazione dello stato di coma irreversibile
per le coperture <b>invalidità permanente da Infortunio e diaria da gessatura</b>	→	data dell'Infortunio
per la copertura <b>diaria da Ricovero</b>	→	data del Ricovero
per le coperture <b>invalidità permanente da malattia tropicale, da malattia professionale e malattia grave dirigenti</b>	→	data della diagnosi
per la copertura <b>diaria da inabilità temporanea</b>	→	data della notifica

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	<b>Gestione dei Sinistri</b>	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

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

- la versione aggiornata della *Guida per la Liquidazione dei Sinistri* 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.

### Tempistiche di valutazione e pagamento

La procedura di accertamento del Sinistro da parte della Compagnia ha inizio alla data di ricezione della denuncia e di tutta la documentazione, anche medica, richiesta.

Ricevuta la documentazione completa del Sinistro, valutato il diritto all'Indennizzo e trasmessa l'offerta di liquidazione, la Compagnia si impegna a pagare il Beneficiario entro i 30 giorni successivi all'accettazione.

Il Beneficiario e la Compagnia cooperano in buona fede durante tutte le fasi del Contratto, in particolar modo in quella gestione del Sinistro, e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di "vicinanza alla prova", per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del Sinistro o comunque rilevante ai fini della liquidazione dell'Indennizzo.

Denunce di Sinistro incomplete comporteranno tempi di liquidazione più lunghi.

## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Per ottenere l'Indennizzo, il Beneficiario dovrà produrre i documenti di seguito elencati.

### 35.1

#### In caso di decesso da Infortunio e commorienza

Il Beneficiario deve produrre i documenti necessari per verificare che vi sia obbligo di pagamento e per individuare chi ha diritto a riceverlo.

#### I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

##### Per ciascun Beneficiario

- Denuncia di Sinistro (sottoscritta da tutti i Beneficiari);
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità → **All. (1) (A)**;
- Copia del codice fiscale.

##### Per verificare le circostanze del Decesso

- Certificato di morte rilasciato dal Comune di residenza;
- Modulo ISTAT "Scheda di morte" con la causa del Decesso emesso dalle (A)USL (e

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	<b>Gestione dei Sinistri</b>	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

in alcuni casi anche dal Comune di residenza) o, in alternativa, in forma di certificato medico attestante la causa del decesso.

### **Nel caso di Somma assicurata definita come multiplo di RAL (Retribuzione Annuale Lorda)**

- Buste paga dell'Assicurato dei 12 mesi precedenti quello dell'Infortunio.

### **Documenti aggiuntivi in caso di commorienza**

- Certificato di morte del coniuge dell'Assicurato, rilasciato dal Comune di residenza;
- Modulo ISTAT "Scheda di morte" con la causa del decesso del coniuge, 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, in cui sia presente la dinamica dell'Infortunio e la dichiarazione di commorienza con l'Assicurato nello stesso Sinistro.

## **35.2 SPESE LEGATE AL DECESSO DA INFORTUNIO DELL'ASSICURATO**

### **Coperture "Rimpatrio della salma" e "Spese Funerarie"**

#### **I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE**

- Denuncia di Sinistro;
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato → **All. (1) (A)**;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia delle ricevute o fatture di pagamento relative alle spese da indennizzare.

## **35.3 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

#### **I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE**

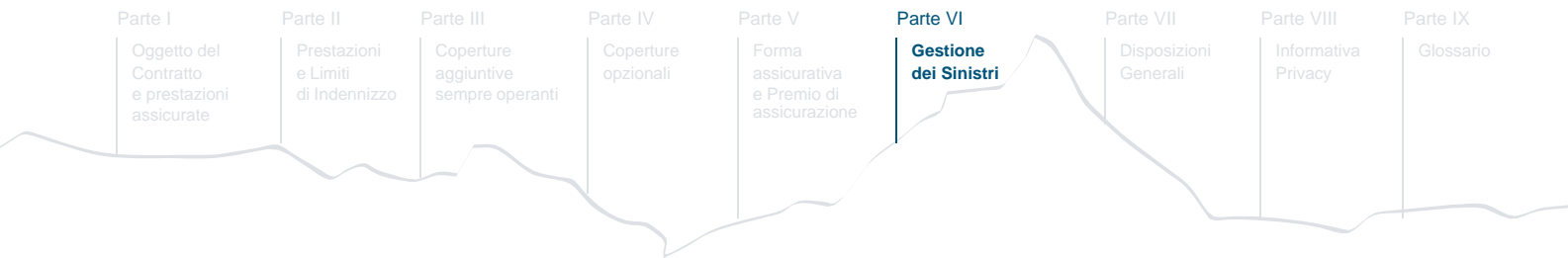
- Denuncia di Sinistro;
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato → **All. (1) (A)**;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Certificato medico che attesta l'entità e la sede delle lesioni;
- Copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio;
- Copia di eventuali certificati medici e loro rinnovi con il decorso delle lesioni;

### **Nel caso di Somma Assicurata definita come multiplo di RAL**

- Buste paga dell'Assicurato dei 12 mesi precedenti quello dell'Infortunio;

### **Nel caso di Somma Assicurata definita come importo fisso**

- Dichiarazione del Contraente / Datore di lavoro associato su carta intestata con la data di inizio e l'eventuale data di fine del rapporto di lavoro.



Per le coperture **invalidità permanente da malattia tropicale e da malattia professionale** è necessario presentare tutti gli accertamenti, le evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio in grado di fornire un quadro clinico completo: questi documenti devono essere emessi da medici abilitati e in possesso di adeguata specializzazione.

## 35.4 SPESE MEDICHE Coperture “Rimborso spese mediche da Infortunio” e “Danni estetici”

### I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

---

- Denuncia di Sinistro;
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato → **Ail. (1) (A)**;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia delle ricevute o fatture di pagamento relative alle spese da indennizzare;
- Certificato medico rilasciato dall'Ospedale / Istituto di cura presso il quale sono state effettuate le medicazioni o gli interventi di riduzione/eliminazione del danno estetico.

L'Indennizzo verrà liquidato solo dopo la certificazione di guarigione clinica ultimata.

## 35.5 MALATTIA GRAVE DIRIGENTI

### I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

---

- Denuncia di Sinistro;
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato → **Ail. (1) (A)**;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Certificato medico, firmato da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione, attestante la malattia grave;
- Copia di accertamenti, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio in grado di fornire un quadro clinico completo.

## 35.6 INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

### I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

---

- Denuncia di Sinistro;
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato → **Ail. (1) (A)**;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Certificato medico che attesta il periodo di inabilità totale o parziale al lavoro ed evidenzia l'entità e la sede delle lesioni;
- Copia di eventuali certificati medici e loro rinnovi con il decorso delle lesioni.

**In caso di Ricovero**

- Verbale del Pronto Soccorso con diagnosi, prognosi ed esito degli accertamenti effettuati;
- Certificato di Ricovero e/o copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio.

**35.7****RICOVERO E GESSATURA A SEGUITO DI INFORTUNIO****I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE**

- Denuncia di Sinistro;
- Copia di un documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato → **All. (1) (A)**;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria sul Ricovero con la descrizione dell'Infortunio, le cause e la durata. In caso di Ricovero di durata superiore a 30 giorni, il certificato deve essere inviato ogni mese alla Compagnia.
- Certificato medico rilasciato dall'Ospedale / Istituto di cura presso il quale è stata applicata la gessatura o lo strumento immobilizzante, e quello rilasciato al momento della rimozione.

**Importante**

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

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

**35.8****RECESSO IN CASO DI SINISTRO****Cosa fare**

Dopo ogni Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente o la Compagnia possono recedere dall'Assicurazione.

La comunicazione di recesso deve essere inviata tramite lettera raccomandata A/R e ha efficacia dalla data di ricezione.


Se è stata la Compagnia a recedere, rimborserà al Contraente la quota di Premio netto del periodo di Rischio non goduto.

Se è stato il Contraente, la Compagnia rimborserà il 50% della quota di Premio netto del periodo di Rischio non goduto.

**Nota bene****ARTICOLO 36****ACCERTAMENTO DELLA NON – AUTOSUFFICIENZA**

Da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato deve denunciarlo alla Compagnia per consentire gli opportuni accertamenti tramite lettera raccomandata inviando:

- i documenti che comprovano il suo stato di salute;
- la relazione clinica rilasciata dallo specialista ospedaliero con la diagnosi clinica e lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la somministrazione di idonei test valutativi (ad es. ADL, IADL, MMSE, indice di Barthel).

La Compagnia si impegna ad accertare la non autosufficienza entro 90 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata A/R, se completa di tutta la documentazione richiesta; in quel periodo può richiedere ulteriore documentazione sanitaria per verificare la permanenza dello stato di non autosufficienza. **Se durante i 90 giorni successivi alla denuncia l'Assicurato decede, la Compagnia non pagherà l'importo forfettario** → 

**Art. 23.**

Nel caso in cui sia accertata la presenza dei requisiti per riconoscere lo stato di non autosufficienza, e quindi il diritto alla prestazione assicurata, la Compagnia eroga l'indennità prevista. Dopo il pagamento, la garanzia si estingue e nulla più è dovuto. Su richiesta della Compagnia l'Assicurato deve:

- a) rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta per gli accertamenti dello stato di non autosufficienza;
- b) fornire tutte le prove ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della lesione fisica che ha prodotto la non autosufficienza.

La Compagnia ha diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con medici di propria fiducia.

Nel caso in cui la non autosufficienza non venga riconosciuta dalla Compagnia, l'Assicurato stesso, o il delegato, ha la facoltà di contestare la decisione della Compagnia entro 60 giorni dalla ricezione della stessa richiedendo l'intervento di un Collegio Arbitrale tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Compagnia.

Il Collegio Arbitrale è composto da tre medici, due scelti da ciascuna delle parti, e il terzo nominato in accordo tra gli arbitri. In assenza di accordo, entro 60 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo medico sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove avrà sede il Collegio dei Medici. Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, come amichevole compositore senza formalità di procedura. Gli arbitri possono attuare qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio ecc.), senza obbligo di sentenza. Ogni parte è tenuta a pagare le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico del soccombente.

## Importante

## ARTICOLO 37

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



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

Il Collegio Arbitrale è composto da 3 medici, 2 scelti da ciascuna delle parti e il terzo nominato in accordo tra gli arbitri. In assenza di accordo, entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo medico sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove dovrà avere sede il Collegio Arbitrale. Il Collegio

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	<b>Gestione dei Sinistri</b>	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

Arbitrale risiede nel Comune (sede di Istituto di Medicina Legale) più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato e ha il diritto di attuare qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, etc.), senza obbligo di sentenza.

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

**Le decisioni del Collegio Arbitrale sono vincolanti per le parti che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il verbale: il rifiuto deve essere attestato dai medici nel verbale definitivo.**

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



## Parte VII

# Disposizioni Generali

## ARTICOLO 38

### CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLE COPERTURE ASSICURATIVE



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 dalla Data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata di 1 anno e si rinnova tacitamente a ogni scadenza, salvo disdetta. **La parte che intende disdettare il Contratto deve comunicarlo almeno 30 giorni prima della scadenza tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.** Eventuali termini di durata e disdetta differenti sono concordati per iscritto con la Compagnia e riportati in Polizza.

#### Quando inizia la copertura per gli Assicurati

Per ciascuna categoria di Assicurati, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 della Data di inclusione, **fermo restando il caso di sospensione delle coperture per mancato pagamento del Premio.**

## ARTICOLO 39

### VARIAZIONI DI RISCHIO

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

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

## Cosa dice la legge

### Articolo 1897 Codice Civile – Diminuzione del rischio

1. Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata riconosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
2. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese (1932; Trans. 187).

### Articolo 1898 Codice Civile – Aggravamento del rischio

1. Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato [c.c. 1892, 1926].
2. L'assicuratore può recedere dal contratto [c.c. 1373, 1893, 1897, 1899, 1918], dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio [c.c. 1892, 2964].
3. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
4. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso [c.c. 1890, 1896, 1901, 1909].
5. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso [c.n. 522; c.c. 1932].

Se la variazione implica un aggravamento del Rischio, come indicato all'Articolo 1898 del Codice Civile, **la Compagnia può recedere dall'Assicurazione** scrivendo al Contraente entro 30 giorni da quando ha è venuta a conoscenza dell'aggravamento del Rischio, salvo accordo tra le parti che consente al Contratto di proseguire attraverso un apposito atto di variazione.

**Gli aggravamenti del Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la cessazione stessa dell'Assicurazione, come indicato nell'Articolo 1898 del Codice Civile.**

## ARTICOLO 40

### AUMENTO DEI LIMITI DI INDENNIZZO

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

## ARTICOLO 41

## DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO E BUONA FEDE

Come previsto dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo; se rese con dolo o colpa grave, causano l'annullamento del Contratto; se rese invece senza dolo o colpa grave possono portare al recesso da parte della Compagnia.

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

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

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

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

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

#### Articolo 1894 Codice Civile – Assicurazione in nome o per conto di terzi.

1. Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893 [1391, 1932] <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> In tal caso le reticenze o le inesattezze sono realizzate dallo stipulante che contrae per conto dei terzi ma ciò che rileva è che ne sono a conoscenza anche questi ultimi. Se invece questi le ignorano, incolpevolmente, gli art. 1892 c.c. e 1893 c.c. non si applicano.

Cosa dice  
la legge

## ARTICOLO 42

## ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente non è obbligato a denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie. Contraente/Datore di lavoro associato devono però comunicare eventuali altre Assicurazioni Infortuni stipulate con la Compagnia per gli stessi rischi e gli stessi Assicurati, indipendentemente dall'oggetto delle assicurazioni.

## ARTICOLO 43

## RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia all'azione di surrogazione nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili dell'Infortunio, prevista nell'Articolo 1916.



## [ FAQ ] Cos'è il diritto di surrogazione?

Si intende il **diritto dell'assicuratore** che ha corrisposto l'Indennizzo, di sostituirsi all'assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno sia conseguenza diretta di illecito compiuto dal terzo danneggiato.

**Articolo 1916 Codice Civile – Diritto di surrogazione dell'assicuratore**

1. L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
2. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. <sup>(1)</sup>
3. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.
4. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali. <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> La Corte Costituzionale, con sentenza 7 - 21 maggio 1975, n. 117 (in G.U. 1a s.s. 28/05/1975, n. 140), ha dichiarato "la illegittimità costituzionale dell'art. 1916, comma secondo, del codice civile, nella parte in cui non annovera, tra le persone nei confronti delle quali non è ammessa surrogazione, il coniuge dell'assicurato".

<sup>(2)</sup> La Corte Costituzionale, con sentenza 11 - 18 luglio 1991, n. 356 (in G.U. 1a s.s. 24/07/1991, n. 29), ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 1916 del codice civile nella parte in cui consente all'assicuratore di avvalersi, nell'esercizio del diritto di surrogazione nei confronti del terzo responsabile, anche delle somme da questi dovute all'assicurato a titolo di risarcimento del danno biologico".

## Cosa dice la legge

## ARTICOLO 44

## ONERI FISCALI

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

## ARTICOLO 45 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

## ARTICOLO 46 FORMA DELLE COMUNICAZIONI



Tutte le comunicazioni previste dal Contratto devono essere fatte/inviare per iscritto alla Compagnia o all'Intermediario al quale lo stesso è assegnato.

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

## ARTICOLO 47 FORO COMPETENTE



Fatto salvo quanto previsto per le controversie di natura medica → [Art. 37](#), per la risoluzione di eventuali controversie sul Contratto, il Foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che siano qualificabili come "Consumatori" in base al Decreto legislativo n.206/2005 (Codice del Consumo).

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

## ARTICOLO 48 LEGGE APPLICABILE



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

## ARTICOLO 49 MODIFICHE CONTRATTUALI

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

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

## Importante

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

## ARTICOLO 50

### DISDETTA E DIRITTO DI RECESSO

Il Contratto può essere disdetto da ciascuna delle parti tramite 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 tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

## ARTICOLO 51

### MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE INFORMATIVA



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

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

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

## ARTICOLO 52

### RECLAMI

#### RECLAMI ALLA COMPAGNIA

Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	<b>Disposizioni Generali</b>	Informativa Privacy	Glossario

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

### **RECLAMI ALL'IVASS**

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

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

a mezzo posta, oppure via fax al numero 06.42.133.206, o via PEC all'indirizzo [ivass@pec.ivass.it](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.

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.



Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	<b>Informativa Privacy</b>	Glossario

## Parte VIII

# Informativa Privacy

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

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

### A) Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Elips Life Ltd [www.elipslife.com](http://www.elipslife.com), con sede legale in Gewer- beweg 15, 9490 Vaduz (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), dati bancari, per la liquidazione dei sinistri, dati particolari come definiti dall’art. 9 del GDPR (i.e. dati relativi alla salute).

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

### C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

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

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

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	<b>Informativa Privacy</b>	Glossario

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

In qualsiasi momento Lei potrà revocare il consenso prestato ai sensi di quanto precede, sempreché non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento dei Dati da parte della Società, rivolgendosi ad Elips Life secondo le modalità di cui al paragrafo I) della presente Informativa. Tuttavia, l'eventuale revoca del consenso prestato comporterà per la Società l'impossibilità di eseguire il Contratto.

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

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

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

#### **E) Modalità del trattamento**

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

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

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

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

Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Parte II Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Parte III Coperture aggiuntive sempre operanti	Parte IV Coperture opzionali	Parte V Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Parte VI Gestione dei Sinistri	Parte VII Disposizioni Generali	Parte VIII <b>Informativa Privacy</b>	Parte IX Glossario
--	--	---	---------------------------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	--	-----------------------

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

I Dati Personali trattati non sono oggetto di diffusione.

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

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

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

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

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

### **I) Diritti dell'Interessato**

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

- diritto di accesso ai Dati Personali ed alle seguenti informazioni: a) le finalità del trattamento; b) le categorie di Dati Personali trattati; c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i Dati Personali sono stati o saranno comunicati; d) il periodo di conservazione dei Dati o, laddove non sia possibile, i criteri utilizzati per determinarlo; e) l'esistenza dei diritti di rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento e opposizione; f) l'esistenza del diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo; g) qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, le informazioni disponibili sulla loro origine; h) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze di tale trattamento per l'Interessato;
- diritto di rettifica e di integrazione dei Dati Personali che lo riguardano;
- diritto alla cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano se: a) i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati; b) ha revocato il consenso e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento; c) si è opposto al trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento; d) i Dati Personali sono stati trattati illecitamente; e) i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo giuridico previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il Titolare del trattamento;

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	<b>Informativa Privacy</b>	Glossario

- diritto di limitazione del trattamento se: a) l'Interessato contesta l'esattezza dei Suoi Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare l'esattezza di tali Dati Personali; b) il trattamento è illecito e l'Interessato si oppone alla cancellazione dei Suoi Dati Personali e chiede, invece, che ne sia limitato l'utilizzo; c) benché il Titolare non ne abbia più necessità ai fini del trattamento, i Dati Personali dell'Interessato sono necessari allo stesso per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; d) l'Interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'art. 21, par. 1, del GDPR, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto a quelli dell'interessato;
- diritto alla portabilità, sulla base del quale l'Interessato ha il diritto di ricevere dal Titolare, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i Dati Personali che lo riguardano forniti alla Società e ha il diritto di trasmettere tali Dati ad un altro Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società qualora: a) il trattamento si basi sul consenso o su un contratto; b) il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati;
- diritto di opporsi, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei Dati Personali che lo riguardano ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. e) o f) del GDPR, compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni. In caso di opposizione dell'Interessato, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i suoi Dati Personali salvo che dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgano sui suoi interessi, sui suoi diritti e sulle sue libertà, oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- diritto a non essere sottoposto ad un processo unicamente automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che riguardano l'Interessato o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona;
- diritto di revoca del consenso: qualora l'Interessato abbia prestato il suo consenso al trattamento dei Dati Personali, con la presente, la Società informa l'Interessato che, in qualsiasi momento, potrà revocarlo. Se l'Interessato eserciterà il diritto di revoca, la revoca avrà effetto solo per il futuro e non pregiudicherà la legittimità del trattamento effettuato prima della revoca stessa. In alcuni casi, la Società potrebbe avere il diritto di continuare a trattare i Dati Personali dell'Interessato nonostante la revoca, ma attraverso una base giuridica diversa, ad esempio, per adempiere ad un contratto.

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



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

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	<b>Informativa Privacy</b>	Glossario

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 nella Sezione 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.

#### **Il Titolare del trattamento**

Elips Life Ltd

## Parte IX

# Glossario

<b>Appendice</b>	Il documento che viene emesso unitamente o in seguito alla Polizza per modificarne alcuni aspetti.
<b>Assicurato</b>	La persona fisica portatrice del Rischio assicurato dal Contratto, che può coincidere o meno con il Beneficiario.
<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 l'Indennizzo prevista dal Contratto al verificarsi dell'Evento assicurato.
<b>Carenza</b>	L'arco temporale che intercorre tra la Data di inclusione e l'effettiva decorrenza delle coperture. La Compagnia non è tenuta a pagare i Sinistri accaduti all'Assicurato durante questo arco di tempo, anche se indennizzabili.
<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.
<b>Condizioni di assicurazione</b>	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto in tutti i suoi aspetti e che possono essere eventualmente integrate dalle Condizioni speciali riportate in Polizza.
<b>Condizione preesistente o sopravvenuta</b>	Qualsiasi malattia o affezione diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico prima o dopo la Data di inclusione nell'Assicurazione. La malattia o l'affezione si ritiene insorta quando vi siano stati accertamento, Diagnosi o trattamento o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona prudente a richiedere una Diagnosi, assistenza o trattamento.
<b>Condizioni speciali</b>	Insieme delle clausole predisposte dalla Compagnia per disciplinare eventuali aspetti particolari del Contratto. Le Condizioni speciali sono riportate nella Polizza e prevalgono sulle Condizioni di assicurazione.
<b>Contraente</b>	La persona giuridica che stipula il Contratto di assicurazione per conto di una collettività di Assicurati e si impegna a versare il Premio alla Compagnia.
<b>Coperture opzionali</b>	Le coperture aggiuntive facoltativamente attivabili.



**Data di decorrenza** Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue Appendici, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.

**Data di inclusione** Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue Appendici, in cui il singolo Assicurato viene messo in copertura. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.

**Datore di lavoro associato** La società o l'ente, con il quale l'Assicurato intrattiene un rapporto di lavoro, e che può essere raggruppato, convenzionato, associato o iscritto a un fondo assistenziale o a una cassa Contraente.

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

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

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

**Infortunio** L'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisce l'Assicurato e che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che hanno come conseguenza il decesso, l'invalidità permanente oppure, se coperta, l'incapacità temporanea dell'Assicurato.

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

**Ospedale – Istituto di cura** L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o privati, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disturbi caratteriali, case di convalescenza e/o istituti simili.

**Periodo di assicurazione** Il periodo durante il quale il Contratto di assicurazione è efficace e le coperture sono operanti, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse. Se non diversamente specificato, per ciascun Assicurato il Periodo di assicurazione decorre dalla Data di inclusione e termina alla data indicata nella Polizza.

**Polizza** Il documento rilasciato dalla Compagnia che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione e ne conferma le principali caratteristiche dell'Assicurazione.

**Premio** È la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia a date contrattualmente fissate. Si considera riferito al singolo anno ed è sempre dovuto per intero anche se frazionato in rate.



Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII	Parte VIII	Parte IX
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Coperture aggiuntive sempre operanti	Coperture opzionali	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	<b>Glossario</b>

**Proposta di assicurazione**

L'offerta rilasciata dalla Compagnia che riassume le principali caratteristiche e le condizioni del Contratto.

**Ricovero**

Permanenza dell'Assicurato come paziente per almeno 24 ore consecutive e/o con almeno un pernottamento.

**Rischio**

La probabilità che si verifichi l'Evento assicurato.

**Evento assicurato**

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

**Sinistro**

Il verificarsi dell'Evento assicurato coperto dall'Assicurazione.

**Somma assicurata**

Il capitale assicurato per il verificarsi dell'evento assicurato.

**Sottolimit**

L'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del massimale e rappresenta l'esborso massimo della Compagnia, in relazione alla singola copertura per cui può essere previsto.

**Massimale o Limite di indennizzo**

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

**Territorio italiano**

Il territorio della Repubblica italiana, compreso lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.



## Allegato

---

# Importante da sapere

### (1) DOCUMENTI DI IDENTITÀ/RICONOSCIMENTO

#### Documenti considerati validi

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

#### Casi particolari

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

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

---



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