

DRIVE
UNDERWRITING

Production Accident Cover

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 2026

Elips Life Ltd

Sede secondaria italiana:

Via San Prospero 1, 20121 Milano. PEC:

elipslife@pec.elipslife.com

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

R.E.A.: MI – 2126819

Sede legale : Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (LI) -

RI: FL- 0002.304.360-5, Vaduz

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

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG

Assicurazione Collettiva Infortuni Produzioni

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni



Prodotto: Production Accident Cover

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

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

Il presente documento informativo precontrattuale fornisce una sintesi delle principali coperture ed esclusioni, e informazioni precontrattuali e contrattuali complete sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e riportate in Polizza o previste in Appendici alla Polizza. Ulteriori estensioni ed esclusioni possono essere previste previo accordo con gli Assicuratori. Termini e definizioni contenute nel DIP Danni sono come da Glossario delle Condizioni generali di assicurazione.

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto denominato Production Accident Cover è rivolto alle persone giuridiche che desiderano proteggere i soggetti che prendono parte alla preparazione ed alla realizzazione della produzione del film assicurato, purché ingaggiati e retribuiti in Italia contro il Rischio di Infortunio durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza (compreso il rischio in-itinere) e dell'attività extra-professionale. Il presente Contratto è previsto in forma collettiva (gruppi di persone).



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Morte**
- ✓ **Invalidità permanente**

Estensioni di copertura incluse nel premio:

Ernie traumatiche; Malattie tropicali; Rimborso spese funerarie; Rimpatrio della salma; Stato di coma; Esposizione agli elementi; Esonero denuncia infermità e difetti fisici; Anticipo di indennizzo per invalidità permanente; Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari; Valutazione speciale invalidità permanente (super valutazione IP); Esonero denuncia altre assicurazioni; Rischio volo; Rischio guerra.

Estensioni di copertura aggiuntive opzionali:

Rimborso spese mediche; Diaria da inabilità temporanea; Diaria da ricovero a seguito di infortunio; Diaria da gessatura; Eventi aziendali.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Limite di età a scadenza pari a 80 (ottanta) anni
- ! Limitazione territoriale: Clausola di limitazione ed esclusione delle Sanzioni internazionali
- ! Limite catastofale (terra e volo): € 20.000.000 (venti milioni)
- ! Rischio guerra: 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità

Altri limiti e franchigie contrattualmente pattuiti.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'assicurazione cessa al verificarsi di tali condizioni;
- ✗ Gli infortuni derivanti dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ Gli infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;

- ✗ Gli infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ✗ Gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da Infortunio;
- ✗ Gli infortuni derivanti da reati dolosi commessi o tentati dall'assicurato;
- ✗ Gli infortuni derivanti da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 1.3.13 – Rischio guerra;
- ✗ Gli infortuni derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- ✗ Gli infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito.
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura.
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore ad eccezione di quelle effettuate fino alla profondità massima di 14 (quattordici) metri, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al 3° (terzo) della scala U.I.A.A., deltaplano, sport aerei in genere;
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: arti marziali (ad eccezione del combattimento scenico), atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, equitazione, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, arrampicata libera, sci alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, caccia o pesca subacquea.

Altre esclusioni contrattualmente pattuite.



Dove vale la copertura?

La copertura vale per il mondo intero ad eccezione della Diaria da inabilità temporanea che, qualora prestata ed in assenza di Ricovero, è limitata agli infortuni subiti in tutti gli Stati appartenenti ai paesi membri dell'Unione europea ed in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

L'Indennizzo viene corrisposto in Italia ed in valuta locale corrente.

L'Assicurato deve avere residenza nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.



Che obblighi ho?

- Il Contraente e/o Assicurato è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti, in modo esatto e completo ai fini della valutazione del rischio. Le informazioni, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché il recesso dell'Assicuratore dal contratto.
- Il Contraente è obbligato a comunicare eventuali modifiche, riguardanti il profilo degli assicurati che possano comportare un aggravamento del rischio, intervenute in corso di contratto dovranno essere comunicate tempestivamente agli Assicuratori, a cura del Contraente.
- Il Contraente è obbligato a comunicare per iscritto eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate dagli assicurati con gli stessi Assicuratori.
- Entro 15 (quindici) giorni dal Sinistro (o dal momento in cui il richiedente ne sia venuto a conoscenza, il Contraente e/o Assicurato deve darne comunicazione agli Assicuratori, o all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, per tramite di DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo PEC Divisione sinistri: draveufficiosinistri@legalmail.it.
- La richiesta di indennizzo comprendente la denuncia dell'infortunio (indicante le cause che lo hanno determinato), corredata di certificato medico e di tutta la documentazione utile a definire l'accaduto, altra eventuale ulteriore documentazione, compatibile con le disposizioni di legge applicabili, verrà richiesta a seconda della specifica situazione.



Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede il pagamento del Premio lordo annuale o di una sua rata, dal Contraente agli Assicurati, a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'Intermediario al quale è stata assegnata la Polizza, compreso il Premio di regolazione, qualora previsto.

Il Premio è comprensivo delle imposte secondo le norme fiscali vigenti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno indicato nella Scheda di polizza, ha durata annuale e si rinnova tacitamente a scadenza, salvo Disdetta, se pagato il Premio o la rata di premio. Se il Contraente non paga il Premio o una delle sue rate, la copertura assicurativa resta sospesa fino alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di pagamento del Premio.

In caso di mancato pagamento del Premio di rinnovo o di una rata dello stesso, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 (ventiquattro) del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende la sua efficacia dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso revocare la proposta, recedere o disdire la polizza?

La disdetta può essere spedita dal Contraente entro e non oltre 30 (trenta) giorni dal termine del Periodo di assicurazione mediante:

- lettera raccomandata A/R inviata a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'intermediario al quale è stata assegnata la Polizza;
- PEC all'indirizzo draveudisdette@legalmail.it direttamente dal Contraente a DRAVE Underwriting S.r.l.

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

Assicurazione collettiva Infortuni Produzioni

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



Prodotto: Production Accident Cover

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

Scopo

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

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

Società

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

In base al profilo di rischio assicurato la Polizza assicura le richieste di Indennizzo relative a qualsiasi Infortunio che l'Assicurato subisce durante lo svolgimento dell'attività professionale (incluso il rischio in-itinere) e dell'attività extra-professionale. L'ampiezza dell'impegno degli Assicuratori è rapportato alle Somme assicurate concordate con il Contraente.

La copertura assicurativa opera entro i Sottolimiti previsti per ciascuna estensione di copertura e comunque nel limite della Somma assicurata per ciascuna garanzia indicata nella Scheda di polizza.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Spese mediche da infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile, fino alla concorrenza dell'importo indicato nella Scheda di polizza, gli Assicuratori rimborsano agli Assicurati il costo delle spese di carattere medico regolarmente documentate.

Diaria da inabilità temporanea	In caso di Infortunio indennizzabile che causi l'Inabilità temporanea dell'Assicurato allo svolgimento della propria occupazione abituale, gli Assicuratori liquidano il compenso giornaliero, al netto di eventuali limiti e franchigie, così come contrattualmente pattuito.
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	In caso di Infortunio indennizzabile che preveda il Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, gli Assicuratori liquidano il compenso giornaliero contrattualmente pattuito.
Diaria da gessatura	In caso di Infortunio che preveda l'uso di apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante, gli Assicuratori corrispondono all'Assicurato il compenso giornaliero, al netto di eventuali limiti e franchigie, così come contrattualmente pattuito.
Eventi aziendali	L'Assicurazione potrà essere estesa anche agli Infortuni occorsi agli Assicurati aggiuntivi mentre gli stessi partecipano ad un evento/manifestazione organizzato dal Contraente. L'importo della Somma assicurata, così come la presenza di limiti e franchigie, è contrattualmente pattuito.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI sono previsti limiti di indennizzo e l'applicazione di franchigie, come riportato nella Scheda di polizza e/o nelle Condizioni di assicurazione.

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.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è una Polizza collettiva destinata alle persone giuridiche che desiderano proteggere i soggetti che prendono parte alla preparazione ed alla realizzazione della produzione del film assicurato, purché ingaggiati e retribuiti in Italia contro il Rischio di Infortunio durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza (compreso il rischio in-itinere) e dell'attività extra-professionale. Il presente Contratto è previsto in forma collettiva (gruppi di persone).



Quali costi devo sostenere?

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

- costi di intermediazione:

1. Una quota pari a circa il 20% del premio costituisce le provvigioni medie riconosciute all'intermediario per tramite del quale il contratto di assicurazione è stipulato.
2. Una quota pari a circa il 10% del premio costituisce il compenso di DRAVE Underwriting Srl.

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

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

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it.

Reclami all'autorità del Liechtenstein

	<p>I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein): Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein Landstrasse 109, Postfach 279 9490 Vaduz, Liechtenstein Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: info@fma-li.li</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso:
OPPURE	all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	oppure al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui la Compagnia aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In alternativa al procedimento di Mediazione, è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, previsto come condizione di procedibilità (DM 6/11/2024 n. 215). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede la Compagnia che ha stipulato il contratto (rintracciabile al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net) o all'IVASS, che provvede all'inoltro al sistema, dandone notizia al soggetto che ha aperto il reclamo.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Regime Fiscale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il contratto di Assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana. • Questo contratto è soggetto ad un'imposta sulle assicurazioni (in vigore in Italia) del 2,50% sui premi versati. <p>Tassazione delle Somme assicurate</p> <p>I premi per la copertura del rischio Morte, Invalidità Permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 917/86, e successive modifiche e integrazioni. Se solo una parte del premio pagato per l'assicurazione è destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente per questa parte.</p>

Indice

Glossario	3
Sezione A - Cosa assicuriamo	6
Articolo 1 Oggetto di polizza e descrizione della copertura	6
1.1 Disposizioni comuni	6
1.2 Garanzie assicurate	8
1.2.1 Morte	8
1.2.2 Invalidità permanente	8
1.3 Estensioni di copertura incluse nel premio	9
1.4 Estensioni di copertura aggiuntive opzionali	11
1.4.1 Rimborso spese mediche	11
1.4.2 Diaria da inabilità temporanea	11
1.4.3 Diaria da ricovero a seguito di infortunio	11
1.4.4 Diaria da gessatura	11
1.4.5 Eventi aziendali	11
Sezione B - Cosa NON è assicurato	12
Articolo 2 Esclusioni	12
Sezione C - Limiti di copertura e Ambito di applicazione territoriale	13
Articolo 3 Limiti di copertura	13
3.1 Limiti di età	13
3.2 Persone non assicurabili	13
3.3 Franchigia	13
3.4 Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)	14
3.5 Limitazione delle garanzie agli infortuni professionali	14
3.6 Limitazione delle garanzie agli infortuni extra-professionali	14
3.7 Cumulo di indennizzi	14
3.8 Limite di indennizzo	14
Articolo 4 Ambito di applicazione territoriale della polizza	15
Sezione D – Gestione dei sinistri	15
Articolo 5 Cosa fare in caso di sinistro	15
5.1 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	15
5.2 Criteri di indennizzo	15
5.3 Liquidazione del sinistro	15
5.4 Prova	15
Sezione E - Condizioni generali di assicurazione	16
Articolo 6 Effetto, durata e pagamento della polizza	16
6.1 Deroga al tacito rinnovo	16
Articolo 7 Regolazione del premio	16

7.1	Premio di regolazione.....	16
7.1.1	Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni.....	17
Articolo 8	Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio.....	17
Articolo 9	Variazioni contrattuali.....	17
9.1	Aggravamento e diminuzione del rischio.....	17
Articolo 10	Altre assicurazioni.....	18
Articolo 11	Casi di interruzione del contratto.....	18
11.1	Recesso per sinistro.....	18
11.2	Risoluzione per mancato pagamento del premio.....	18
Articolo 12	Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro.....	18
Articolo 13	Assicurazione per conto altrui.....	18
Articolo 14	Oneri fiscali.....	18
Articolo 15	Clausola intermediario.....	18
Articolo 16	Foro competente per l'esecuzione del contratto.....	19
Articolo 17	Comunicazioni - modifiche dell'assicurazione.....	19
Articolo 18	Notifiche degli atti giudiziari agli assicuratori.....	19
Articolo 19	Rinuncia di rivalsa.....	19
Articolo 20	Buona fede.....	19
Articolo 21	Sanzioni internazionali.....	19
Articolo 22	Rinvio alle norme di legge.....	19
Articolo 23	Reclami e Arbitro Assicurativo.....	20
	Informativa Privacy.....	21

Glossario

Ai sensi dell'Art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 9/2005) e delle Linee Guida del Tavolo di Lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018, scadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri, rischi, obblighi a carico del Contraente e/o Assicurato e periodi di sospensione della garanzia contenute nella presente Polizza sono evidenziate in "grassetto".

Le Parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Appendice	Il documento, parte integrante del contratto di assicurazione, che viene unitamente o in seguito alla Polizza per modificarne alcuni aspetti.
Arbitrato	Il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra Assicurato e Assicuratori.
Assicurato	Il soggetto che svolge la specifica attività professionale indicata nella Scheda di polizza ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicuratori	I soggetti che prestano la copertura assicurativa ed indicati nella Scheda di polizza.
Assicurato addizionale	Il soggetto, persona fisica, che partecipa ad un Evento aziendale organizzato dal Contraente e che non risulta già assicurato con la presente Polizza.
Assicurazione	L'operazione con il quale l'Assicurato trasferisce agli Assicuratori un Rischio al quale è esposto naturalmente o per disposizioni di legge.
Atto di terrorismo (o sabotaggio)	Qualunque azione clandestina che abbia finalità ideologiche e/o politiche, perseguito su base individuale o collettiva, diretto contro persone o enti pubblici o privati al fine di condurre un'azione criminale mirata a ledere la vita di altre persone, o fare effetto e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza o ancora interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.
Beneficiario (o avente diritto)	Il soggetto designato ad incassare l'Indennizzo previsto in caso di Morte dell'Assicurato stesso.
Coniuge	Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante dallo stato di famiglia.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di polizza, persona fisica o giuridica con residenza in Italia, che stipula il contratto di assicurazione con gli Assicuratori e si obbliga a pagare il Premio di Polizza.
Costo di produzione	Il costo totale della produzione assicurata al netto dei costi di sceneggiatura, compenso del produttore, spese generali non imputabili alla produzione, diritti musicali e premi assicurativi.
Danno	Il pregiudizio subito dall'Assicurato in conseguenza di un Sinistro.
Diaria	Il versamento di una somma, da parte degli Assicuratori, per ogni giorno d'Inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguente ad Infortunio.
Dipendente	Il soggetto con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.
Disdetta	La comunicazione che il Contraente o gli Assicuratori devono inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la volontà di recedere dallo stesso.

DRAVE Underwriting S.r.l.	Intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'Art. 109 del D.lgs. 209/2005 al n. A000693459 incaricato dagli Assicuratori della ricezione e trasmissione delle comunicazioni relative alla Polizza, della gestione e della liquidazione dei Sinistri, gestendo i rapporti con Contraente ed Assicurato, nonché con gli Intermediari che hanno contribuito all'intermediazione della Polizza.
Esclusione	Rischi esclusi (o limitazioni) relativi alla copertura assicurativa prestata dagli Assicuratori ed elencati in Polizza.
Estero	Mondo intero escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il paese di residenza principale.
Evento aziendale	L'evento, la manifestazione ufficiale o l'esibizione organizzato dal Contraente e della durata massima di 12 (dodici) ore continuative, a cui partecipano i dipendenti del Contraente e di terzi (a titolo esemplificativo e non esaustivo: cene aziendali, meeting, giornate aziendali, congressi, convegni, corsi, etc.) ai quali il Contraente ha concordato l'accesso.
Familiare diretto	Il coniuge, il/la figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi dell'Assicurato, purché risultanti da regolare certificazione.
Figlio	Ciascun figlio legittimo o naturale dell'Assicurato o del Coniuge, a carico dell'Assicurato stesso, come risultante da stato di famiglia.
Franchigia	L'importo indicato nella Scheda di polizza e/o nelle condizioni di assicurazione che viene dedotto dal Danno liquidabile e rimane a carico dell'Assicurato.
Gessatura	Qualsiasi mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.
Impresa di assicurazione	Si veda "Assicuratori".
Inabilità temporanea	Incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere la propria occupazione dichiarata nella Scheda di Polizza per una durata limitata nel tempo.
Indennizzo (o Indennità)	La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di Sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che hanno per conseguenza la Morte o l'Invalidità permanente o l'inabilità temporanea dell'Assicurato.
Intermediario	Broker o Agente regolarmente iscritto alla sezione dedicata del Registro Unico degli Intermediari (RUI).
Invalidità permanente	La perdita definitiva ed irrimediabile a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla propria occupazione.
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al Ricovero dei malati. Restano 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 disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, clinicamente e obiettivamente constatabile, non dipendente da Infortunio.

Morte	Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio.
Paese di residenza principale	Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.
Periodo di assicurazione	In tutto od in parte, il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di polizza e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Polizza	Il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra Assicuratori, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dagli Assicuratori, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
Ricovero	La permanenza dell'Assicurato in Istituto di cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 (ventiquattro) ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, documentato da una cartella clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera). Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a Ricovero.
Rischio	La probabilità che si verifichi il Sinistro.
Rivalsa	Il diritto che spetta agli Assicuratori che hanno corrisposto un Indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il Danno.
Scheda di polizza	Il documento, annesso e parte integrante alla Polizza, che prova il contratto di Assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente/Assicurato, l'Attività professionale svolta dall'Assicurato che viene fatta oggetto di copertura, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, il Beneficiario designato, la Somma assicurata per garanzia, l'eventuale Franchigia e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative. In caso di contrasto, le informazioni contenute nella Scheda di polizza prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.
Set informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di Assicurazione, composto da: condizioni generali di assicurazione comprensive del Glossario, DIP Danni, DIP Aggiuntivo, Modulo di proposta ove previsto.
Sinistro	Il verificarsi di un evento dannoso per cui è prestata l'Assicurazione.
Somma assicurata	L'importo, indicato nella Scheda di polizza, in relazione al quale gli Assicuratori si impegnano a fornire la propria prestazione.
Sottolimito	La somma massima, inclusa nella Somma assicurata indicata nella Scheda di polizza e non in aggiunta ad essa, che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale per specifica garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di assicurazione.
Surroga	La facoltà degli Assicuratori di sostituirsi all'Assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il Danno sia stato causato da un terzo. La rinuncia alla Surroga da parte degli Assicuratori lascia impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il Danno.
Troupe	Tutto il personale adulti e minori regolarmente ingaggiato per la produzione, eccetto generici, comparse, acrobati, stuntmen ed altro personale diversamente definito.

Sezione A - Cosa assicuriamo

La presente Assicurazione è rivolta alle persone giuridiche che desiderano proteggere i soggetti che prendono parte alla preparazione ed alla realizzazione della produzione, purché ingaggiati e retribuiti in Italia contro il Rischio di Infortunio.

Articolo 1 Oggetto di polizza e descrizione della copertura

1.1 Disposizioni comuni

a) Oggetto di polizza

A fronte del pagamento del Premio, gli Assicuratori tengono indenne l'Assicurato per gli eventi di Morte e/o Invalidità permanente derivanti da Infortunio - **fino a concorrenza della Somma assicurata e dei limiti previsti per ciascuna estensione di garanzia per il Periodo di assicurazione indicato nella Scheda di polizza e fermo restando quanto espressamente escluso** -, che subisce prendendo parte alla preparazione ed alla realizzazione del film assicurato, il cui titolo provvisorio è indicato sullo stato di rischio di ogni singola applicazione, purché ingaggiato e retribuito in Italia.

Resta inteso e convenuto tra le parti che:

1. **durante le riprese all'estero la garanzia non è operante per il personale straniero non ingaggiato in Italia;**
2. **sono esclusi dalla polizza acrobati, cadutisti, cavallerizzi, assicurabili con specifica pattuizione scritta;**
3. **qualora durante la lavorazione del film fossero previste riprese di scene aventi carattere di pericolosità, il Contraente è tenuto a notificare, con 24 (ventiquattro) ore di anticipo, la località e la data dell'effettuazione delle scene in oggetto;**
4. **qualora assicurati, per le categorie "Generici", "Comparse" e "Acrobati" la garanzia è limitata ai soli infortuni professionali, essendo tali quelli che possono occorrere all'Assicurato:**
 - a. nel corso della lavorazione del film, mentre e purché vi attendano nell'ambito delle mansioni inerenti alla propria qualifica risultante dal contratto di ingaggio;
 - b. nelle pause di lavoro, sempre nell'ambito della produzione del film assicurato;
 - c. in occasione di trasferimenti e nei percorsi dell'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, durante il tempo strettamente necessario a disposizione dalla casa di produzione immediatamente prima o dopo l'orario di inizio o fine lavoro;
5. per tutte le altre categorie la garanzia è operante 24 (ventiquattro) ore nel corso della lavorazione del film come risultante dal contratto di ingaggio.

Per l'identificazione delle categorie e delle somme assicurate si fa riferimento alla Scheda di polizza. Per l'identificazione delle persone assicurate, le cui generalità potranno non essere preventivamente comunicate, si farà riferimento, ai fini della determinazione delle somme assicurate, alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questa si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, pena decadenza da ogni diritto di risarcimento, insieme ad ogni altro documento in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dagli Assicuratori.

Salvo diversa indicazione, il Rischio professionale ricomprende anche il Rischio in itinere così come definito e disposto dall'Art. 12 del D.lgs. n. 38/2000 ss.mm.ii.

Cosa si intende per rischio in-itinere?

A titolo esemplificativo e non limitativo, la copertura Rischio in itinere viene equiparata all'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in Polizza.

Pertanto, anche gli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso di mezzi previsti dal Decreto Legislativo n. 38/2000 - Art. 12 ss.mm.ii, rientrano nell'ambito del Rischio professionale.

Se l'operatività della Polizza copre solo Rischio extra-professionale, il Rischio in-itinere si intende escluso dalla copertura.

b) Definizione ed estensione della nozione di infortunio

Ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione, per Infortunio deve intendersi l'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisca l'Assicurato e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza il decesso, l'invalidità permanente oppure, ove coperta, l'inabilità temporanea dell'Assicurato.

Fermo quanto espressamente escluso, ai sensi della presente Polizza sono considerati infortuni anche:

1. in conseguenza di maleore o in stato di incoscienza;
2. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
3. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, purché non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario, come disposto dall'Art. 1.3.9 – *Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari*;

4. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio della guerra, purché gli infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purché non vi abbia partecipato in modo volontario, come disposto dall'Art. 1.3.13 – *Rischio guerra*;
5. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

- avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
- avvelenamento del sangue o infezione, **escluso il virus H.I.V., – purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;**
- annegamento;
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti;**
- ernia addominale da sforzo ed ernie discali;
- avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **escluse le infezioni malariche e di qualsiasi altra malattia;**
- folgorazione, colpo di sole o di calore;
- assideramento o congelamento;
- lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

I postumi invalidanti al rachide cervicale vengono presi in considerazione successivamente al loro riscontro su esami strumentali obiettivi con esito positivo.

1.2 Garanzie assicurate

1.2.1 Morte

La Somma assicurata per il caso di Morte viene liquidata **purché la Morte dell'Assicurato risulti conseguente ad Infortunio risarcibile a termini di Polizza e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto**. La Somma assicurata viene liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato in parti uguali.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e si presume ne sia avvenuto il decesso, ma il corpo dell'Assicurato non venga rinvenuto successivamente alla scomparsa, o all'arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato non escluso dalle Condizioni di assicurazione, gli Assicuratori entro 6 (sei) mesi dalla data dell'istanza di Morte (Artt. 60/62 Codice Civile) corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso di Morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Se dopo il pagamento dell'Indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, gli Assicuratori hanno diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

1.2.2 Invalidità permanente

Se l'Infortunio **ha per conseguenza un'Invalidità permanente definitiva e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto**, gli Assicuratori liquidano per tale titolo un'indennità calcolata sulla Somma assicurata per tale garanzia, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - ss.mm.ii con rinuncia da parte degli Assicuratori all'applicazione della Franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella menzionata tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della Somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella menzionata tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Il grado di Invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili.

Inoltre:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempreché la correzione stessa sia tollerata, in caso diverso la valutazione è riferita al visus normale;
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 (due) a 10 (dieci) punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
4. La perdita di 5/10 (cinque decimi) di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata 16% (sedici per cento);
5. In caso di afachia monolaterale:

- Con visus corretto di	10/10, 9/10, 8/10	15%
- Con visus corretto di	7/10	18%
- Con visus corretto di	6/10	21%
- Con visus corretto di	5/10	24%
- Con visus corretto di	4/10	28%
- Con visus corretto di	3/10	32%
- Con visus corretto inferiore di	3/10	35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% (quindici per cento) per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo;
7. In caso di minorazione di un organo o di un altro arto, le percentuali della Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

1.3 Estensioni di copertura incluse nel premio

(sempre valide ed operanti se non espressamente derogate o abrogate nella Scheda di polizza)

1.3.1 Ernie traumatiche

Ad integrazione di quanto disposto all'Art. 1.1.b – *Definizione ed estensione della nozione di infortunio*, l'Assicurazione è estesa alle conseguenze dirette delle ernie traumatiche.

Si conviene che:

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 2% (due percento) della Somma assicurata per l'Invalidità permanente;**
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 5% (cinque percento) della Somma assicurata per l'Invalidità permanente.**

Nel caso insorge contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 12 – Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro.

Per i casi di cui sopra, non è applicata la Franchigia di Polizza per Invalidità permanente.

1.3.2 Malattie tropicali

La garanzia è estesa anche ai casi di Morte e Invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali **contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza della stessa.** Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 07/02/1938 n. 281 ss.mm.ii e integrazioni, dalle quali l'Assicurato fosse colpito.

La garanzia è prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e **con un massimo di € 100.000,00 (centomila) per la garanzia Morte e € 100.000,00 (centomila) per la garanzia Invalidità permanente.**

La valutazione del grado di Invalidità permanente verrà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 ss.mm.ii, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in Polizza per il caso di Invalidità permanente assoluta e che la liquidazione verrà fatta dagli Assicuratori in contanti anziché sotto forma di rendita.

La Somma assicurata per Invalidità permanente è soggetta ad una Franchigia relativa del 20% (venti percento). Pertanto, non si farà luogo all'Indennizzo per Invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% (venti percento) della totale. Se invece l'Invalidità permanente supera il 20% (venti percento) della totale verrà corrisposto l'Indennizzo solo per la parte eccedente. Il Contraente dichiara che al momento della stipula della Polizza gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del Danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il Rischio delle malattie tropicali viene fissato in 2 (due) anni dal giorno della denuncia della Malattia.

1.3.3 Rimborso spese funerarie

In caso di Morte a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, **gli Assicuratori rimborsano le spese funerarie e di cremazione effettivamente sostenute entro il limite massimo di € 3.000,00 (tremila) per Sinistro.**

1.3.4 Rimpatrio della salma

In caso di decesso avvenuto all'Estero a seguito di evento indennizzabile a termini di Polizza, **gli Assicuratori rimborsano agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo di € 3.000,00 (tremila). Non sono indennizzabili le spese funerarie.**

1.3.5 Stato di coma

Quando, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato entra in coma ininterrotto non indotto o farmacologico, certificato da un medico ed è ricoverato in un ospedale, clinica o istituto sanitario, gli Assicuratori pagano all'Assicurato o ai suoi beneficiari la somma specifica pari a € 15,00 (quindici) per ogni giorno di coma. Questo pagamento è dovuto **per un periodo massimo di 360 (trecentosessanta) giorni, a decorrere dal 30° (trentesimo) giorno consecutivo di coma con un esborso massimo di € 5.000,00 (cinquemila) per evento.**

1.3.6 Esposizione agli elementi

Gli Assicuratori, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrispondono le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità permanente anche nei casi in cui gli avvenimenti non sono la causa diretta dell'infortunio, ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (come, ad esempio, la perdita di orientamento) e l'Assicurato si trova in condizioni tali da subire la Morte o lesioni organiche permanenti.

1.3.7 Esonero denuncia infermità e difetti fisici

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 3.1 – *Limiti di età* e dall'Art. 3.2 - *Persone non assicurabili* si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della Polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di Infortunio l'indennizzo per Invalidità Permanente viene liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

1.3.8 Anticipo di indennizzo per invalidità permanente

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di Polizza sono quantificabili, in via preventiva e secondo il parere esclusivo della consulenza medica degli Assicuratori, **postumi di Invalidità permanenti superiori al 20% (venti per cento) della totale, gli Assicuratori mettono a disposizione, quale anticipo indennizzo, un importo pari al 50% (cinquanta per cento) di quello presumibilmente indennizzabile con il massimo di € 150.000,00 (centocinquantamila).**

Tale acconto viene conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dagli Assicuratori nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate.

1.3.9 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli Infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato. A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile sono in garanzia gli Infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

1.3.10 Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 3.4 – *Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)*, in caso di Invalidità permanente, valutati in base alla tabella allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 ss.mm.ii, **quando il grado di Invalidità permanente accertata è superiore al 50% (cinquanta per cento) viene corrisposto un Indennizzo pari al 100% (cento per cento) della Somma assicurata per il caso di Invalidità permanente.**

1.3.11 Esonero denuncia altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 10 – *Altre Assicurazioni*, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altri Assicuratori.

Il Contraente deve, in ogni caso, comunicare eventuali altre Assicurazioni Infortuni stipulate con gli stessi Assicuratori per gli stessi rischi e gli stessi Assicurati, indipendentemente dall'oggetto delle assicurazioni.

1.3.12 Rischio volo

Fermo restando l'esclusione dei voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati esclusivamente come passeggero (ovvero **non come pilota o altro membro dell'equipaggio**), su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

1.3.13 Rischio guerra

Fermo quanto previsto dall'Esclusione di cui all'Art 2, lettera f) – *Esclusioni*, la copertura è estesa agli Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, purché gli infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e se

ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese Estero, dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

1.4 Estensioni di copertura aggiuntive opzionali

(valide ed operanti solo se indicate nella Scheda di polizza e pagato il relativo Premio)

1.4.1 Rimborso spese mediche

In caso di Infortunio risarcibile secondo i termini di Polizza, **salvo se diversamente indicato, gli Assicuratori rimborsano all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza dell'importo annuo complessivo per ciascun Assicurato, indicato nella Scheda di polizza, al netto dell'applicazione di una Franchigia pari a € 100,00 (cento) per evento.**

Per cure mediche si intendono:

- i. onorari dei medici e chirurghi;
- ii. accertamenti diagnostici e spese di laboratorio;
- iii. prestazioni specialistiche, escluse le sostituzioni di dispositivi protesici;
- iv. spese fisioterapeutiche e/o riabilitative.

In caso di Ricovero in Istituto di cura le spese per:

1. rette di degenza;
2. onorari dei medici curanti;
3. medicinali;
4. l'uso di sala operatoria e del materiale d'intervento;
5. spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente laddove tale garanzia viene prestata.

Esempio di applicazione della franchigia di € 50,00 e somma assicurata € 2.500,00

Esempio 1. Sinistro dal quale risultano spese indennizzabili sostenute pari a € 1.000,00

Indennizzo da liquidare: € 950,00 (€ 1.000,00 - € 50,00)

Esempio 2. Sinistro dal quale risultano spese indennizzabili sostenute pari a € 3.000,00

Indennizzo da liquidare: € 2.450 (€ 2.500,00 - € 50,00)

1.4.2 Diaria da inabilità temporanea

L'indennità per Inabilità Temporanea è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato nei termini di cui all'Art. 5.1 – *Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro* o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa il giorno precedente quello dell'avvenuta guarigione. **Resta inteso e convenuto che l'indennità per Inabilità temporanea è prestata per un massimo di 180 (centottanta) giorni per sinistro e per anno assicurativo ed è prevista l'applicazione di una Franchigia come indicato nella Scheda di polizza.**

Per gli assicurati soggetti all'assicurazione di legge, l'indennità temporanea verrà corrisposta ad integrazione di quanto erogato dall'INAIL fino al raggiungimento dell'80% (ottanta per cento) della paga giornaliera e per il massimo di 180 (centottanta) giorni, fermo i limiti di Polizza.

1.4.3 Diaria da ricovero a seguito di infortunio

Gli Assicuratori corrispondono all'Assicurato, in caso di Ricovero a seguito di Infortunio, in Istituto di cura, l'indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza sino a che dura il Ricovero **con il limite massimo di 360 (trecentosessanta) giorni per ciascuna annualità assicurativa. Salvo se diversamente indicato nella Scheda di polizza, le prime 2 (due) notti di Ricovero non sono indennizzabili.**

Gli Assicuratori effettuano il pagamento, dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'Istituto di cura, dal quale risulta la descrizione dell'Infortunio, le cause che lo hanno determinato e la durata del Ricovero.

1.4.4 Diaria da gessatura

Qualora a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, è applicato un apparecchio gessato o un tutore immobilizzante equivalente gli Assicuratori liquidano l'indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza **per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni, salvo se diversamente indicato nella Scheda di polizza.**

1.4.5 Eventi aziendali

La presente estensione di copertura vale solo per gli Infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali previa esplicita richiesta del Contraente. **L'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni.**

La presente estensione di copertura si intende valida per gli Infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali mentre gli stessi partecipano all'Evento aziendale organizzato dal Contraente.

La copertura è valida per tutto il tempo in cui gli Assicurati Addizionali partecipano alla manifestazione nei locali e negli spazi a questa adibiti, qualsiasi tipo di attività essi svolgano purché ricomprese tra quelle previste dalle condizioni di assicurazione **per una durata massima di 12 (dodici) ore continuative.**

La copertura **si intende operante per i casi di Morte ed Invalidità permanente da Infortunio con una Somma assicurata di € 100.000,00 (centomila) per ciascun Assicurato addizionale, salvo quanto espressamente escluso.**

Ai fini della presente estensione di copertura, **a parziale deroga delle condizioni di assicurazione, è stabilito che non si fa luogo a risarcimento per Invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% (tre percento) della totale. Se l'Invalidità permanente medesima supera il 3% (tre percento) della totale, verrà corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente. Se l'Invalidità permanente supera il 10% (dieci percento) della totale, viene corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente.**

Per l'attivazione della presente estensione di copertura il Contraente dovrà comunicare per iscritto alla Assicuratori, tramite PEC, e-mail o altro strumento informatico con invio documentabile e databile, la data fissata per l'evento almeno 24 (ventiquattro) ore prima dell'inizio dello stesso.

In caso la richiesta preveda elementi difformi da quanto previsto ai precedenti paragrafi, il Contraente deve far pervenire la richiesta alla Assicuratori almeno 2 (due) giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento. La Assicuratori in questi casi si riserva il diritto di accettare le variazioni richieste confermandole per iscritto.

Per la denuncia dell'Infortunio vale quanto stabilito dall'Art. 5.1 – *Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro*. Si precisa tuttavia che **gli Assicuratori non procedono ad alcun Indennizzo in mancanza di una dichiarazione scritta rilasciata dal Contraente che attesti la partecipazione all'evento della persona fisica in qualità di Assicurato addizionale.**

Sezione B - Cosa NON è assicurato

Articolo 2 Esclusioni

Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di Indennizzo e gli Infortuni derivanti:

- a. dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- b. da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- c. da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d. da operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da Infortunio;
- e. da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- f. da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 1.3.13 – *Rischio guerra*;
- g. dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- h. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche. Sono comunque esclusi dall'Assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
- i. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- j. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;
- k. dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore ad eccezione di quelle effettuate fino alla profondità massima di 14 (quattordici) metri, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al 3° (terzo) della scala U.I.A.A., deltaplano, sport aerei in genere;
- l. dalla pratica dei seguenti sport: arti marziali (ad eccezione del combattimento scenico), atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, equitazione, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, arrampicata libera, sci alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, caccia o pesca subacquea.

Sezione C - Limiti di copertura e Ambito di applicazione territoriale

Articolo 3 Limiti di copertura

3.1 Limiti di età

Fermo restando che la garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età, a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 80° (ottantesimo) anno di età dell'Assicurato, l'Assicurazione può essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 (trenta) giorni prima della scadenza stessa del certificato medico attestante buona salute. In assenza di specifico accordo scritto, gli Assicuratori restituiscono al Contraente i premi netti eventualmente incassati.

3.2 Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle menzionate condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso gli Assicuratori rimborsano al Contraente, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del Periodo di assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio. Per le persone affette da epilessia l'Assicurazione non vale limitatamente agli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco della Malattia stessa.

3.3 Franchigia

Qualora nella Scheda di polizza sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione per ogni Sinistro di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.

3.3.1 Invalidità permanente

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1.2.2 – *Invalidità permanente*, la garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia sulla Somma assicurata indicata nella Scheda di polizza.

Salvo se diversamente indicato, si conviene che non si fa luogo ad Indennizzo per l'Invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari a 5% (cinque percento) della totale. Se invece risulta superiore al 5% (cinque percento) della totale l'Indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità permanente di grado superiore al 10% (dieci percento) della totale, la Franchigia si intende annullata e gli Assicuratori liquidano l'indennizzo senza applicazione di alcuna Franchigia.

Ai fini della presente Assicurazione, salvo il caso di deroga concordato con gli Assicuratori, a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento dell'80° (ottantesimo) anno di età non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità permanente quando sia di grado inferiore o pari al 10% (dieci percento) della totale. Se l'Invalidità permanente risulta superiore al 10% (dieci percento) della totale, viene corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente.

Cosa si intende per franchigia assoluta e franchigia relativa?

La Franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del Danno subito.

La Franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito, nel senso che se il Danno è inferiore o uguale all'ammontare della Franchigia gli Assicuratori non corrisponde l'Indennizzo, ma se il Danno è superiore, gli Assicuratori lo indennizza senza tener conto della Franchigia.

Esempio di applicazione della franchigia assoluta del 3%

Esempio 1. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 2 punti percentuali (2%) non comporta il pagamento di un Indennizzo.

Somma assicurata: € 100.000
Indennizzo da liquidare: € 0,00

Esempio 2. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 7 punti percentuali (7%) comporta un Indennizzo pari a 4 punti percentuali (7% - 3%).

Somma assicurata: € 100.000
Indennizzo da liquidare: € 100.000 x (7% - 3%) = € 4.000

Esempio di applicazione della franchigia 3% relativa al 10%

Esempio 1. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 10 punti percentuali (10%) comporta un Indennizzo pari a 7 punti percentuali (10% - 3%).

Somma assicurata: € 100.000

Indennizzo da liquidare: € 100.000 x (10% - 3%) = € 7.000

Esempio 2. Un Sinistro dal quale risulta un'un'Invalidità permanente accertata pari a 13 punti percentuali (13%) comporta un Indennizzo totale in quanto viene superato il valore dei 13 punti percentuali (13%).

Somma assicurata: € 100.000

Indennizzo da liquidare: € 100.000 x 13% = € 13.000

Esempio di liquidazione del danno

Somma assicurata € 100.000 e grado d'Invalidità permanente accertata 15%

Assenza di Franchigia Indennizzo da liquidare: € 15.000	Franchigia 3% relativa 10% Indennizzo da liquidare: € 15.000	Franchigia 3% assoluta Indennizzo da liquidare: € 12.000
--	---	---

3.4 Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)

Qualora, a seguito dello stesso evento, indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato riporti **postumi invalidanti uguali o superiori al 60% (sessanta per cento)**, gli Assicuratori corrispondono il **100% (cento per cento)** della **Somma assicurata dichiarata nella Scheda di polizza**.

3.5 Limitazione delle garanzie agli infortuni professionali

La garanzia vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate nella Scheda di polizza.

3.6 Limitazione delle garanzie agli infortuni extra-professionali

La garanzia vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non ha carattere professionale.

3.7 Cumulo di indennizzi

L'indennità per Inabilità temporanea è cumulabile con quella per Morte o Invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il caso Morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. **Il diritto all'Indennizzo per Invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.** Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, gli Assicuratori pagano agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

Inoltre:

- la garanzia Inabilità temporanea non potrà in alcun caso cumularsi con quanto eventualmente corrisposto per Diaria da gessatura;
- la garanzia Diaria da ricovero a seguito di infortunio non potrà in alcun caso cumularsi con quanto eventualmente corrisposto per Diaria da gessatura e Coma da infortunio;
- la garanzia Diaria da gessatura non potrà in alcun caso cumularsi con quanto eventualmente corrisposto per Diaria da ricovero a seguito di infortunio, Inabilità temporanea e Coma da infortunio.

3.8 Limite di indennizzo

Resta espressamente convenuto che **in nessun caso gli Assicuratori possono essere chiamati a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro un Indennizzo complessivo superiore a € 20.000.000,00 (venti milioni)** qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati. **In detta limitazione rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso Rischio con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedono tale importo gli Assicuratori procedono alla riduzione proporzionale.**

L'Assicurato non può essere inserito in più di una categoria prevista in Polizza. Qualora la stessa persona assicurata risulti presente in più categorie, per dar luogo ad un eventuale indennizzo viene presa in considerazione unicamente la prestazione più favorevole.

Cosa si intende per limite catastofale?

È l'esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.

Articolo 4 Ambito di applicazione territoriale della polizza

L'Assicurazione vale per il mondo intero ad eccezione della Diaria da inabilità temporanea che, qualora prestata ed in assenza di Ricovero, è limitata agli infortuni subiti in tutti gli Stati appartenenti ai paesi membri dell'Unione europea ed in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

L'Indennizzo viene corrisposto in Italia ed in valuta locale corrente.

Sezione D – Gestione dei sinistri

Articolo 5 Cosa fare in caso di sinistro

Cosa si intende per principio indennitario?

Principio fondamentale contro i rami danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dagli Assicuratori deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'Assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

5.1 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare agli Assicuratori qualsiasi Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto. **L'Assicurato deve denunciare per iscritto agli Assicuratori, anche per tramite dell'intermediario, ciascun Sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.**

La denuncia del Sinistro e la richiesta di Indennizzo devono indicare il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per gli Assicuratori, impegnandosi a prestare la massima collaborazione agli Assicuratori nell'istruzione del Sinistro.

L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'Infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo Rischio, l'Assicurato deve denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli Artt. 1910 e 1913 Codice civile.

Le denunce di Sinistro dovranno essere inoltrate a DRAVE Underwriting S.r.l. Divisione sinistri – all'indirizzo PEC draveufficiosinistri@legalmail.it.

5.2 Criteri di indennizzo

Gli Assicuratori corrispondono l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che sono indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui l'Assicurato è affetto al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto, l'influenza che l'Infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'Indennizzo per Invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

5.3 Liquidazione del sinistro

Gli Assicuratori si impegnano a pagare all'Assicurato o all'avente diritto le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data di definizione dell'importo del Sinistro o dal mancato accordo.

5.4 Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dagli Assicuratori, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Sezione E - Condizioni generali di assicurazione

Articolo 6 Effetto, durata e pagamento della polizza

Il Periodo di assicurazione decorre dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se in quel momento il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati agli Assicuratori, anche per tramite dell'Intermediario cui la Polizza è assegnata; in caso diverso decorre dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze successive.

È concessa una mora di 30 (trenta) giorni per il pagamento del Premio di Polizza. Il Contraente è tenuto a pagare gli Assicuratori, per tramite dell'Intermediario cui la Polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i Premi lordi stabiliti. L'importo del Premio alla firma deve essere pagato alla consegna di ogni singola Scheda di Polizza; tali documenti devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. **Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di pagamento.**

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, gli Assicuratori hanno diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R o mezzi legalmente equivalenti, la risoluzione del contratto ai sensi dell'Art. 11.2 – *Risoluzione per mancato pagamento del premio*, fermo il diritto ai Premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di polizza e, in mancanza di Disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R inviata all'Intermediario cui la Polizza è stata assegnata o a DRAVE Underwriting S.r.l. (fa fede la data del timbro postale) o PEC a DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo draveudisdette@legalmail.it direttamente dal Contraente spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (un) anno fatto salvo il caso di contratto di durata inferiore ad 1 (un) anno. Il Premio di Polizza interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 30 (trenta) giorni; pertanto, se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24:00 (ventiquattro) del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà degli Assicuratori di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato all'Art. 11.2 – *Risoluzione per mancato pagamento del premio*.

Le modalità di pagamento dei Premi sono i sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come Beneficiario gli Assicuratori o l'Intermediario della Assicuratori a cui è assegnata l'Assicurazione per tramite di DRAVE Underwriting S.r.l.

Il Premio è sempre determinato per un Periodo di Assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

6.1 Deroga al tacito rinnovo

(valido ed operante solo se indicato nella Scheda di polizza)

A deroga di quanto disposto dall'Art. 6 – *Effetto, durata e pagamento della polizza* delle condizioni di assicurazione, resta convenuto che la Polizza cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di Disdetta.

Articolo 7 Regolazione del premio

7.1 Premio di regolazione

Il Premio di Polizza viene calcolato per il tramite dell'applicazione del tasso sul Costo di produzione.

Al Premio di Polizza andranno aggiunti gli eventuali sovra premi per le garanzie accessorie e/o le estensioni di garanzia. Il Premio di Polizza è determinato in base al costo finale di produzione, il cui ammontare deve essere comunicato agli Assicuratori entro 60 (sessanta) giorni dalla data di scadenza di ogni Periodo di assicurazione, tramite e-mail, PEC, lettera raccomandata A/R o mezzi legalmente equivalenti per tramite dell'Intermediario incaricato.

Il Contraente deve comunicare per iscritto agli Assicuratori, per tramite dell'Intermediario, l'elenco degli elementi di valutazione del rischio ed il periodo di copertura richiesto - tramite e-mail, PEC, lettera raccomandata A/R o mezzi legalmente equivalenti per tramite dell'Intermediario incaricato - come di seguito riportato:

- Titolo della produzione;
- Categoria professionale e/o qualifica;
- Garanzie assicurate;
- Costo finale della produzione;
- Somme assicurare;
- Periodo di copertura.

È data inoltre facoltà al Contraente di comunicare agli Assicuratori la decorrenza dell'uscita dal rischio entro le 24 (ventiquattro) ore successive; in mancanza di tale comunicazione il Premio è conteggiato fino alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno antecedente l'avvenuta comunicazione.

Alla fine di ogni Periodo di assicurazione gli Assicuratori provvedono alla regolazione del premio sulla base delle comunicazioni pervenute e sulla base dei costi concordati in Polizza e/o in ogni singola applicazione.

Fermo restando il Premio minimo pattuito per ogni produzione, indicato nella Scheda di polizza, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate o rimborsate entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento delle Appendici di Polizza.

Se il Contraente non effettua la comunicazione dei dati di regolazione o il pagamento della differenza attiva dovuta, nei termini indicati, gli Assicuratori fissano un ulteriore termine non inferiore a 15 (quindici) giorni, trascorso il quale il Premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno in cui il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio.

Fermo il diritto di agire giudizialmente, gli Assicuratori non sono obbligati per i Sinistri occorsi nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

7.1.1 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'Infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di Assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'Infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.
3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del Premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dagli Assicuratori di fare accertamenti e controlli.
4. Il tasso di Premio (per mille) pattuito, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al punto 1. Al Premio risultante sono applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il Premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

Articolo 8 Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese del Contraente e riportate nella Scheda di polizza formano la base della presente Polizza e rilevano ai fini della decisione degli Assicuratori di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892 1893 e 1894 del Codice Civile.

Cosa sono le dichiarazioni precontrattuali?

Sono tutte le informazioni relative al Rischio fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di Assicurazione, sulla base delle quali gli Assicuratori effettuano la valutazione del Rischio e stabiliscono le condizioni di assicurazione.

Articolo 9 Variazioni contrattuali

9.1 Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio.

Se la variazione implica una diminuzione del Rischio, gli Assicuratori provvederanno a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente.

Se la variazione implica un aggravamento del Rischio, gli Assicuratori hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 (quindici) giorni, salvo accordo tra le parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

L'aggravamento del Rischio non noto o non accettato dagli Assicuratori può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 Codice

Cosa si intende per variazione del rischio?

Qualsiasi mutamento del rischio (es. cambio dell'attività professionale) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di Assicurazione.

Articolo 10 Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare agli Assicuratori l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente Polizza. **In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'Indennizzo. Gli Assicuratori entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione possono recedere dal contratto con un preavviso di 15 (quindici) giorni.**

Articolo 11 Casi di interruzione del contratto

11.1 Recesso per sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tanto il Contraente che gli Assicuratori possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'Intermediario cui la Polizza è stata assegnata (fa fede la data del timbro postale) o PEC indirizzata a DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo draveuidette@legalmail.it, dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso. **In caso di recesso esercitato dagli Assicuratori, questi ultimi rimborsano al Contraente la quota di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto, qualora fosse il Contraente ad esercitare il recesso, lo stesso avrà diritto ad un rimborso pari al 50% (cinquanta per cento) del Premio imponibile pagato relativo al periodo per il quale l'Assicurazione non avrà più efficacia.**

11.2 Risoluzione per mancato pagamento del premio

In caso di mancato pagamento del Premio nei termini previsti dal precedente Art. 6 – *Effetto, durata e pagamento della polizza*, gli Assicuratori hanno facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC o altri mezzi legalmente equivalenti, con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'Art. 1901 Codice Civile.

Articolo 12 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio (o della Malattia), gli Assicuratori e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione degli Assicuratori e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che gli Assicuratori comunicheranno all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il 3° (terzo) medico viene scelto dagli Assicuratori e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai 2 (due) primi medici designati; in caso di disaccordo, il 3° (terzo) medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il 3° (terzo) medico, gli Assicuratori convocheranno il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.** La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 13 Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dalla presente Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'Art. 1891 Codice civile.

Articolo 14 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 15 Clausola intermediario

Agli effetti delle condizioni di assicurazione, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente all'Intermediario incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC, e-mail o mezzi legalmente equivalenti, si intenderà come fatta agli Assicuratori, come pure ogni comunicazione fatta dall'Intermediario agli Assicuratori, in nome e per conto del Contraente, si intenderà fatta dal Contraente stesso, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Articolo 16 Foro competente per l'esecuzione del contratto

Fatto salvo quanto previsto con riguardo alle controversie di natura medica, per la risoluzione di eventuali controversie concernenti il Contratto, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che gli stessi siano qualificabili come "Consumatori" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

Per ogni controversia avente ad oggetto il pagamento dei premi insoluti è completamente responsabile in via esclusiva l'Autorità giudiziaria del Comune presso cui ha sede legale DRAVE Underwriting S.r.l.

Articolo 17 Comunicazioni - modifiche dell'assicurazione

Ogni comunicazione inerente all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle parti, il Contraente prende atto e accetta quanto segue:

1. ogni comunicazione da DRAVE Underwriting S.r.l. all'intermediario si considera effettuata al Contraente;
2. ogni comunicazione a DRAVE Underwriting S.r.l. dall'intermediario si considera effettuata dal Contraente;
3. ogni comunicazione da DRAVE Underwriting S.r.l. all'intermediario e/o al Contraente si considera effettuata dagli Assicuratori;
4. ogni comunicazione a DRAVE Underwriting S.r.l. dall'intermediario e/o dal Contraente si considera effettuata agli Assicuratori;

Articolo 18 Notifiche degli atti giudiziari agli assicuratori

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, i riferimenti degli Assicuratori sono i seguenti:

Elips Life Ltd, sede secondaria italiana - Via San Prospero 1, 20121 Milano (MI), Italia

Tel. +39 02 82958900 - Sito internet: www.elipslife.com - e-mail: contatto.it@elipslife.com - PEC: elipslife@pec.elipslife.com.

Articolo 19 Rinuncia di rivalsa

Gli Assicuratori rinunciano, a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di Surroga che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Articolo 20 Buona fede

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni del Contraente di una circostanza aggravante il Rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa Assicurazione.

Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui all'Art. 8 – *Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio* e all'Art. 9 – *Variazioni contrattuali*.

Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere agli Assicuratori il maggior Premio proporzionalmente al maggior Rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Articolo 21 Sanzioni internazionali

La Assicuratori non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai termini della presente Polizza, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che espongano la Assicuratori, la sua capogruppo o le sue controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Articolo 22 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

Articolo 23 Reclami e Arbitro Assicurativo

RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

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

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

RECLAMI ALL'IVASS

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

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

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

Nel reclamo il soggetto deve indicare:

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

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

RECLAMI ALL'AUTORITÀ DEL LIECHTENSTEIN

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

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

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

MEDIAZIONE E ARBITRO ASSICURATIVO

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

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

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

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

Informativa Privacy

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

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

A) Titolare del trattamento

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

B) Tipologia di Dati trattati

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

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

C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

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

- 1) finalità quali la valutazione del rischio assicurativo, la stipula ed esecuzione del Contratto, l’incasso dei premi, la gestione e liquidazione dei sinistri nonché tutte le altre attività strettamente connesse e strumentali alle medesime, quali, ad esempio, l’eventuale riassicurazione e/o coassicurazione etc.. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR, ovvero nell’esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato, fermo quanto di seguito indicato. Ove la finalità perseguita richieda il trattamento dei dati particolari relativi all’Assicurato, il Titolare richiederà il consenso esplicito di tale interessato. In tal caso, il trattamento di tali Dati trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. a) e nell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR. In qualsiasi momento l’Interessato potrà revocare il consenso prestato ai sensi di quanto precede, sempreché non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento dei dati da parte della Società, rivolgendosi ad Elips Life secondo le modalità di cui al punto I) della presente Informativa;
- 2) finalità quali la gestione dei reclami, dei controlli richiesti dalla normativa in materia di antiriciclaggio, di sanzioni internazionali, di prevenzione e contrasto delle frodi, delle attività derivanti da esigenze amministrative, contabili e fiscali, da disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e per altre finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR, ovvero nell’adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato;
- 3) finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) ai fini tariffari e statistici, di prevenzione ed accertamento delle frodi, di manutenzione e sicurezza dei sistemi e degli asset aziendali. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. f) del GDPR, ovvero nel perseguimento del legittimo interesse del Titolare o, con riferimento ai Dati particolari trattati per finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, nell’art. 9, par. 2, lett. f) del GDPR e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato. Il trattamento dei dati giudiziari è consentito nei limiti di quanto previsto dalle disposizioni di legge o di regolamento.

D) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati

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

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

E) Modalità del trattamento

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

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

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

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

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

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

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

I Dati Personali trattati non sono oggetto di diffusione.

G) Trasferimento di dati all'estero

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

H) Conservazione dei Dati

I Dati oggetto di trattamento per le finalità contrattuali, saranno conservati per il periodo di durata della Assicurazione e, successivamente, per il tempo in cui il Titolare sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previste da norme di legge o di regolamento. In ogni caso, il Titolare non conserverà i Dati oltre 10 (dieci) anni dalla cessazione dell'Assicurazione, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

I) Diritti dell'Interessato

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

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

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

Elips Life Ltd sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com. La richiesta può essere trasmessa mediante raccomandata o e-mail.

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

J) Responsabile della Protezione dei Dati

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

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