

# Cassa Previdenza Dipendenti Gruppo Credem

## Assicurazione collettiva decesso, invalidità totale e permanente e Malattia Grave anticipativa

---

Set Informativo composto di:

- **Condizioni Generali di Assicurazione**
- **Informativa Privacy**

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

### **AVVERTENZA**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

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

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo:  
**Gennaio 2024**

### **Elips Life Ltd**

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

Via San Prospero 1, 20121 Milano. PEC:

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

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

R.E.A.: MI – 2126819

**Sede legale:** Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (LI) - RI: FL-0002.304.360-5, Vaduz

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

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG.

Indice .....	pag.1
<b>Condizioni di Assicurazione</b> .....	pag.2
Art. 1 - Oggetto del contratto.....	pag.2
Art. 2 - Assicurati.....	pag.2
Art. 3 - Conclusione del contratto ed effetto dell'assicurazione.....	pag.2
Art. 4 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.....	pag.2
Art. 5 - Durata del contratto - Modalità assuntive.....	pag.3
Art. 6 - Diritto di Recesso.....	pag.4
Art. 7 - Disdetta.....	pag.4
Art. 8 - Prestazioni.....	pag.4
8.1 Rischio morte.....	pag.5
8.2 Rischio di Invalidità Totale e Permanente.....	pag.5
8.3 Rischio Malattia Grave (Dread Disease) .....	pag.6
8.4 Capitale Assicurato.....	pag.8
8.5 Capitale Assicurato Integrativo.....	pag.8
Art. 9 - Denuncia dell'evento assicurato e relativi obblighi .....	pag.9
9.1 Denuncia di decesso.....	pag.9
9.2 Accertamento dell'Invalidità Permanente.....	pag.10
9.3 Denuncia della malattia Grave e obblighi conseguenti .....	pag.11
Art. 10 - Pagamenti della Compagnia.....	pag.12
Art. 11 - Suicidio.....	pag.12
Art. 12 - Carenza.....	pag.12
Art. 13 - Esclusioni.....	pag.12
Art. 14 - Pagamento del premio.....	pag.13
Art. 15 - Struttura del contratto.....	pag.14
Art. 16 - Ingresso e permanenza in assicurazione.....	pag.14
16.1 Modifica Capitali Assicurati copertura base.....	pag.15
16.2 Modifica Capitali Assicurati copertura facoltativa.....	pag.16
Art. 17 - Ingressi e cessazioni nel corso del periodo assicurativo e regolazione del premio.....	pag.16
Art. 18 - Inclusioni ed Esclusioni nel corso del periodo assicurativo.....	pag.16
Art. 19 - Sinistro che colpisca più teste.....	pag.17
Art. 20 - Beneficiari .....	pag.17
Art. 21 - Obbligo di comunicazioni da inoltrare alla Compagnia in caso di decesso e/o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato.....	pag.17
Art. 22 - Legislazione applicabile.....	pag.17
Art. 23 - Trattamento dei dati personali .....	pag.17
Art. 24 - Tasse e Imposte.....	pag.18
Art. 25 - Foro competente.....	pag.18
Art. 26 - Controversie.....	pag.18
Art. 27 - Clausola Broker.....	pag.18
Art. 28 – Reclami.....	pag.19
<b>Glossario</b> .....	pag.21
<b>Informativa Privacy</b> .....	pag.23
<b>ALLEGATO 1</b> .....	pag.28

## Condizioni di Assicurazione

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA CASO MORTE, INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE PARI O SUPERIORE AL 66% E MALATTIA GRAVE ANTICIPATIVA AL 30% DEL CAPITALE ASSICURATO - CASSA PREVIDENZA DIPENDENTI GRUPPO CREDITO EMILIANO**

### Art. 1 - Oggetto del contratto

In caso di decesso, Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato oppure di Malattia Grave anticipativa al 30% del Capitale Assicurato, come di seguito meglio individuato, prima della scadenza contrattuale, la Compagnia si impegna, a fronte del pagamento del premio annuo, a corrispondere ai Beneficiari o aventi diritto il pagamento del Capitale Assicurato.

In caso di sopravvivenza e/o di non sopraggiunta Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato e/o non diagnosi di una Malattia Grave alla scadenza della Polizza, questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

Il presente Contratto, in particolare, presuppone:

- un unico Contraente ed unico contratto di assicurazione;
- la determinazione del Capitale Assicurato, per ogni testa, in base a criteri uniformi.

L'importo del Capitale Assicurato è indicato, per ciascuna testa, nell'Elenco degli Assicurati. Per gli Assicurati già liquidati per Malattia Grave viene comunicato il solo capitale residuo.

Il rischio di decesso (morte) è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.

In caso di cambiamenti di professione dell'Assicurato e/o in caso di chiusura del rapporto di lavoro, la copertura avrà validità fino alla fine dell'annualità solare. **Sono comunque fatte salve le esclusioni indicate al successivo Art. 13.**

### Art. 2 - Assicurati

Ai sensi della presente Polizza, si definiscono "Assicurati" le persone fisiche sulla cui vita viene stipulato il contratto. Il Contraente (Cassa di Previdenza dei Dipendenti del Gruppo Credito Emiliano) prevede prestazioni accessorie di invalidità e premorienza agli "Assicurati", come sopra definiti, con le modalità e le eccezioni previste dal proprio Statuto.

### Art. 3 - Conclusione del contratto ed effetto dell'assicurazione

Il presente Contratto è concluso nel momento in cui la Polizza, firmata dalla Compagnia, viene sottoscritta dal Contraente. L'assicurazione entra in vigore entro le ore 00 della data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza. Il Contraente si impegna a pagare il premio unico indicato nel Certificato di Polizza da effettuarsi entro il 30 Aprile di ciascun periodo assicurativo.

**Il Contraente prende atto ed accetta che il premio sarà soggetto a regolazione nelle modalità meglio specificate sub Art. 17 delle presenti Condizioni di Assicurazione.**

### Art. 4 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni rese dal Contraente formano parte integrante del presente Contratto.

Le dichiarazioni del Contraente e di ciascun Assicurato effettuate in relazione alla Polizza devono essere esatte, complete e veritiere.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente, relative a circostanze tali per cui la Compagnia, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni di cui al presente Contratto, si fa riferimento a quanto dispongono gli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui la Compagnia, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la

Compagnia stessa ha diritto, relativamente agli Assicurati nei confronti dei quali è riferita la dichiarazione inesatta o la reticenza:

a) in caso di dolo o colpa grave del Contraente (Art. 1892 del Codice Civile), di:

- impugnare il contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o la reticenza delle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato;
- rifiutare, al verificarsi del sinistro, qualsiasi pagamento se tale sinistro si sia verificato prima del decorrere del predetto termine di tre mesi.

b) nel caso non esista dolo o colpa grave del Contraente (Art. 1893 del Codice Civile), di:

- ridurre, al verificarsi del sinistro, le somme dovute in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose; ciò laddove il sinistro si sia verificato prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia stata conosciuta dalla Compagnia o prima che questa abbia dichiarato di voler recedere dal contratto;
- recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza (Art 1893 del Codice Civile).

Per il piano facoltativo, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.

#### **Art. 5 - Durata del contratto - Modalità assuntive**

La durata del contratto è il periodo durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

La durata della copertura assicurativa è monoannuale e alla scadenza si rinnova automaticamente sino al 1 Gennaio 2027. La copertura potrà proseguire oltre detta scadenza solo previo accordo tra le Parti.

In caso di rinnovo, il premio potrà subire delle variazioni in funzione dei Capitali Assicurati, nonché della numerosità del Collettivo Assicurato riscontrato alla data di scadenza del Contratto, sulla base di quanto disposto al successivo Art. 17.

**L'età assicurativa minima in ingresso** dell'Assicurato, nel momento in cui il suo nominativo viene incluso in Polizza, **non deve essere inferiore ad anni 18**, mentre **quella massima non superiore ad anni 70**.

La copertura assicurativa non è rinnovabile per gli Assicurati che alla data del rinnovo abbiano superato il settantesimo anno di età.

L'età "computabile" si esprime in anni interi e corrisponde

- all'età compiuta se alla decorrenza della copertura non sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno
- all'età da compiere se alla decorrenza sono trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno.

**I rischi vengono assunti dalla Compagnia senza effettuazione di accertamenti sanitari, salvo in caso di adesione volontaria alla copertura facoltativa integrativa, per la quale è prevista la compilazione del questionario anamnestico.**

La Società si riserva comunque, in base all'esito del suddetto questionario, la facoltà di richiedere accertamenti sanitari e di subordinare la concessione della garanzia all'applicazione di un eventuale sovrappremio, di specifiche esclusioni o di rifiutare il rischio.

Si precisa che in caso di presenza di tarature/esclusioni specifiche, le esclusioni varranno solo per la copertura volontaria facoltativa e che il sovrappremio sanitario sarà calcolato esclusivamente sulla parte integrativa, mentre la copertura obbligatoria rimarrà comunque inalterata.

In caso di rifiuto del rischio la copertura resterà operante per il capitale base preesistente.

Non vengono inseriti in copertura gli aderenti al Contraente ai quali sia già stata liquidata la posizione assicurativa per invalidità permanente totale stipulata per il tramite del Contraente in periodi antecedenti la sottoscrizione del presente contratto.

#### **Art. 6 - Diritto di Recesso**

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dal momento in cui è informato che lo stesso è concluso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, mediante lettera raccomandata, e-mail o PEC contenente gli estremi identificativi della polizza, ed inviata alla Compagnia ( rif. Ufficio Gestione Polizze, Via San Prospero, 1 – 20121 Milano (MI); e-mail: [contract.it@elipslife.com](mailto:contract.it@elipslife.com); PEC: [elipslife@pec.elipslife.com](mailto:elipslife@pec.elipslife.com)) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento (Broker).

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio o dalla data di invio della PEC/e-mail.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il Premio da questo eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

L'impresa rinuncia al diritto di recuperare le spese sostenute per l'emissione del Contratto.

#### **Art. 7 - Disdetta**

Il Contraente ha la facoltà di disdire il Contratto entro 30 giorni prima della data di scadenza del Contratto.

**La disdetta deve essere comunicata alla Compagnia tramite raccomandata con avviso di ricevimento, email o PEC ai seguenti recapiti:**

- e-mail: [contract.it@elipslife.com](mailto:contract.it@elipslife.com)
- PEC: [elipslife@pec.elipslife.com](mailto:elipslife@pec.elipslife.com)
- Elips Life Ltd - Sede secondaria italiana  
rif. Ufficio Gestione Polizze  
Via San Prospero 1  
20121 Milano

#### **Art. 8 - Prestazioni**

Il Contratto prevede la liquidazione di un capitale (di seguito il "**Capitale Assicurato**"), in un'unica soluzione, agli aventi diritto, in caso di decesso, di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato oppure di Malattia Grave anticipativa al 30% del Capitale Assicurato, sempreché l'evento avvenga durante il periodo di validità contrattuale, a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi e **ferme restando le cause di esclusione di cui all'Art. 13.**

L'importo del Capitale Assicurato è indicato nel seguente Art. 8.4 e riportato per ciascuna testa nell'Elenco degli Assicurati allegato al presente Contratto. **Il Contraente prende atto ed accetta che, ai fini dell'applicazione della presente Polizza, in caso di contrasto tra quanto indicato nel predetto allegato e quanto indicato nel presente Contratto, le disposizioni di quest'ultimo prevarranno.**

Il piano assicurativo prevede due tipi di coperture:

#### **COPERTURA BASE**

Caso decesso o Invalidità Permanente di grado pari o superiore a 66% e Malattia Grave anticipativa al 30% per gli Assicurati che alla data di inserimento in Polizza abbiano età compresa tra 18 e 70 anni; si precisa che tale copertura è rinnovabile sino al compimento del 70 anno di età.

I capitali assicurabili pro-capite sono i seguenti, a scelta dell'Assicurato:

- Euro 30.000
- Euro 50.000
- Euro 80.000
- Euro 120.000.

#### **COPERTURA FACOLTATIVA INTEGRATIVA ALLA COPERTURA BASE**

Caso decesso o Invalidità Permanente di grado pari o superiore a 66% e Malattia Grave anticipativa al 30% per gli Assicurati che alla data di inserimento in Polizza abbiano età compresa tra 18 e 70 anni; si precisa che tale copertura è rinnovabile sino al compimento del 70 anno di età.

Il Capitale Assicurato complessivo, dato dalla somma del capitale relativo alla copertura Base e quella Integrativa, non può essere di importo superiore ad Euro 380.000,00.

Il Capitale Assicurato relativo alla copertura facoltativa integrativa è dato dalla differenza tra il capitale totale richiesto dall'Assicurato, con un massimo pari a Euro 260.000,00, e l'importo della prestazione massima assicurabile per la parte obbligatoria, pari a Euro 120.000,00.

Per ciascun Assicurato, il capitale viene comunicato dal Contraente all'inizio di ciascun periodo assicurativo, anche in caso di modifica della somma da assicurare.

#### **Art. 8.1 - Rischio decesso (morte)**

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia garantisce, per ciascun Assicurato incluso in assicurazione e a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione, agli aventi diritto, sempreché l'Evento avvenga durante il periodo di validità contrattuale.

Il rischio decesso (morte) è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, **fatte salve le esclusioni di cui all'Art. 13.**

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto questo si intenderà estinto e i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

In caso di commorienza dell'Assicurato e del proprio coniuge/unito civilmente (senza che sia possibile stabilire quale dei due sia morto prima, ai sensi dell'art. 4 del codice civile), nella copertura base è garantito il raddoppio del Capitale Assicurato (totale o residuo) ai beneficiari legittimi.

#### **Art. 8.2 - Rischio di Invalidità Totale e Permanente**

Fatte salve le cause di esclusione di cui all'Art. 13 delle presenti Condizioni di Assicurazione, si intende colpito da Invalidità Totale e Permanente l'Assicurato che per sopravvenuta infermità, difetto fisico o mentale, indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia perso in modo totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, in misura pari o superiore al 66%.

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

Nei soli casi di rischi provenienti da altri assicuratori e solo a seguito dell'analisi dei documenti atti a verificare il processo di liquidazione del sinistro del precedente assicuratore, in deroga a quanto indicato al precedente paragrafo, per garantire la continuità della copertura, la Compagnia:

- prenderà in carico i casi di Invalidità Totale e Permanente la cui data di decorrenza, indicata nel verbale di accertamento dell'invalidità sia antecedente l'inizio del Periodo di assicurazione ma la cui data di definizione, indicata nel verbale, ricada nel Periodo di assicurazione, salvo che tali casistiche non siano già state liquidate dall'assicuratore precedente;

- escluderà i casi di Invalidità Totale e Permanente la cui data di decorrenza indicata nel verbale ricada nel Periodo di assicurazione e la cui data di definizione, indicata nel verbale, sia successiva al termine del Periodo di assicurazione.

### **Casi particolari**

- in caso di certificazione di invalidità permanente definitiva con data precedente alla decorrenza della copertura, un eventuale aggravamento intervenuto nel corso della presente copertura sarà oggetto di liquidazione solo se l'aggravamento è superiore al 50% dell'invalidità residua, fermo che sia superata la soglia di invalidità prevista;
- in caso di prima certificazione di invalidità permanente definitiva inferiore al 66% durante la validità della presente copertura, ogni aggravamento concorrerà al superamento della soglia definita (66%).

La Compagnia garantisce, nel caso sia stata accertata l'Invalidità Totale e Permanente, per ciascun Assicurato incluso in assicurazione ed a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione all'Assicurato stesso.

Come specificato nell'Art. 9.2 "Accertamento dell'Invalidità Permanente", la Compagnia:

- liquida il sinistro senza la necessità di richiedere ulteriore documentazione, se il documento che certifica un'invalidità civile definitiva è stato rilasciato da INPS o INAIL;
- si riserva la possibilità di chiedere documentazione aggiuntiva e/o di procedere all'accertamento autonomo e/o di attendere la certificazione definitiva da parte dell'ente preposto, se il documento rilasciato dall'ente stesso certifica un'invalidità civile rivedibile.

Se l'Assicurato decede prima del riconoscimento dello stato di Invalidità Totale e Permanente denunciato, salvo i casi di esclusione di cui all'Art. 13, l'evento stesso del decesso comporta il riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente: la Compagnia corrisponde il Capitale Assicurato agli aventi diritto indicati al Contraente.

Una volta eseguito il pagamento del Capitale Assicurato per l'Invalidità Totale e Permanente di un Assicurato, la garanzia si estingue relativamente al predetto Assicurato e nulla è più dovuto per il caso decesso (morte) di quest'ultimo.

### **Art. 8.3 - Rischio Malattia Grave (Dread Disease)**

Il Contratto prevede la seguente prestazione assicurativa: "Prestazione in caso di Malattia Grave". Qualora, nel periodo di copertura annuale, venga diagnosticata all'Assicurato una delle Malattie Gravi elencate, e sempre che l'Assicurato sia sopravvissuto trenta giorni dalla data di diagnosi, la Compagnia si impegna a corrispondere all'Assicurato stesso il pagamento del Capitale Assicurato previsto.

**Nel caso di Malattia Grave, qualora sussistano le condizioni di pagamento della prestazione, all'Assicurato verrà liquidato il 30% della prestazione assicurata. Il capitale rimanente sarà liquidato solamente in caso di decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato.**

Sono esclusi i rischi di insorgenza di una Malattia Grave verificatasi a seguito di:

- Malattie dovute/correlate all'uso di droghe (se non prescritte) o da alcolismo cronico o acuto dell'Assicurato;
- Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, ovvero volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici.

Ferme le esclusioni e le altre limitazioni e condizioni previste ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, la Compagnia riconosce all'Assicurato la corresponsione di una somma assicurata nel caso sia diagnosticata a quest'ultimo, nel corso della durata contrattuale, una Malattia Grave come di seguito definita.

Per "Malattia Grave" si intendono esclusivamente le seguenti malattie:

- cancro;
- infarto;
- ictus;
- chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS);
- cecità;
- insufficienza renale;
- trapianto degli organi principali;
- perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi.

#### **Cancro:**

La prima diagnosi inequivocabile di un tumore maligno interno che richiede un trattamento di chirurgia, radioterapia, ormonoterapia o chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Sono esclusi:

- tumori classificati come carcinoma in situ;
- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni, maligni borderline, a bassa potenzialità di malignità, non-invasivi, o qualsiasi grado di displasia;
- tumori trattati solo con procedure endoscopiche e tumori della vescica che non hanno invaso lo strato muscolare (Tis e Ta);
- tumori della pelle, ad eccezione del melanoma maligno superiore a 1,00 mm di spessore di Breslow e istologicamente descritto dalla Classificazione TNM dell'AJCC settima Edizione come stadio uguale o superiore a T2N0M0;
- tutti i tumori della prostata, a meno che siano istologicamente classificati con un punteggio di Gleason superiore a 6 o abbiano progredito almeno allo stadio T2N0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e siano istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione.

#### **Infarto:**

Morte del muscolo cardiaco a causa di insufficiente apporto di sangue. La diagnosi deve accertare che l'episodio di infarto miocardico sopravvenuto sia nuovo ed acuto e deve essere sostenuta da ambedue i seguenti criteri:

- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche: nuove alterazioni ST-T o nuove del blocco di branca sinistra o nuove onde Q;
- caratteristico aumento dei biomarcatori cardiaci o troponine che registrino i seguenti livelli o superiori:
  - troponina T > 1,0 ng / ml;
  - AccuTnI > 0.5 ng/ml o valori equivalenti in altri metodi Troponin I.

Angina e altre sindromi coronariche acute sono escluse.

#### **Ictus:**

È il danno del tessuto cerebrale a seguito di un incidente cerebrovascolare causato da emorragia, embolia o trombosi, associato a insorgenza improvvisa di oggettivo deficit neurologico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo. Il danno deve essere dimostrato dalla risonanza magnetica (MRI), tomografia computerizzata (TC) o altre tecniche di imaging affidabili approvate dalla Compagnia.

Sono esclusi:

- attacco ischemico transitorio (TIA);
- danno al tessuto cerebrale causato da un trauma cranico;
- sintomi cerebrali associati a deficit neurologico reversibile.

**Chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS):**

La fase di chirurgia di bypass aortocoronarico che richiede sternotomia mediana, quando è considerato medicalmente necessario per trattare la malattia coronarica, ma non include i seguenti casi: angioplastica; procedura intra-arteriosa, tecniche laser, altre tecniche non chirurgiche

**Cecità:**

Si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguenza di una malattia o infortunio nella misura in cui l'acuità visiva è di 6/60 o meno in entrambi gli occhi o nella misura in cui il campo visivo è ridotto a 20 gradi o meno di arco a prescindere dalla corretta acuità visiva.

**Insufficienza renale:**

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua ritenuta necessaria da un nefrologo. Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale.

**Trapianto degli organi principali:**

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto tra esseri umani o l'inclusione in una lista di attesa ufficiale con lo scopo di sostituire gli organi mancanti o danneggiati del ricevente di uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, pancreas, rene, midollo osseo (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo). Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato. Il trapianto di altre cellule staminali o di parti di un organo è escluso.

**Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi:**

È la perdita totale e permanente dell'uso dei seguenti organi:

- entrambe le mani a partire dal polso;
- entrambi i piedi a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e un piede a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e la totale vista da un occhio;
- un piede a partire dal collo del piede e la totale vista da un occhio.

**Art. 8.4 - Capitale Assicurato**

Per ogni decesso, Invalidità Totale e Permanente o Malattia Grave, avvenuto (il decesso), accertato (l'Invalidità Permanente) o diagnosticato (la Malattia Grave) durante il periodo di validità contrattuale relativamente ad un Assicurato appartenente al Collettivo Assicurato, il Contratto prevede il riconoscimento del relativo diritto a ricevere il pagamento del Capitale Assicurato (indicato nel Certificato di Polizza e pari al 30% nel caso di Malattia Grave) da liquidare in un'unica soluzione nelle modalità meglio specificate ai successivi Artt. 9.1 e 9.3. delle presenti Condizioni di Assicurazione.

**Art. 8.5 - Capitale Assicurato Integrativo**

Ciascun Assicurato avrà la facoltà, previa compilazione del questionario anamnestico e dopo specifica accettazione da parte della Compagnia, di attivare il capitale integrativo o di innalzare il valore del proprio Capitale Assicurato iniziale fino al limite previsto.

In caso di nuova attivazione o di modifica in aumento del capitale, l'invio del questionario avverrà entro il 31 dicembre di ogni annualità assicurativa e la Compagnia si riserva di esaminarlo e, se necessario, di richiedere documentazione integrativa. La Compagnia è tenuta, entro 30 giorni dall'invio del questionario o della documentazione integrativa richiesta, a fornire all'Assicurato l'accettazione, l'accettazione con sovrappremio, l'accettazione con specifiche esclusioni oppure l'eventuale diniego.

Per gli Assicurati assunti nella copertura facoltativa in costanza di copertura, o per quanti richiedessero riduzione del Capitale Assicurato, o il nuovo capitale in riduzione, non è richiesta alcuna documentazione sanitaria.

#### **Art. 9 - Denuncia dell'evento assicurato e relativi obblighi**

In caso di malattia o infortunio, l'Assicurato o chi per esso, eventualmente incluso anche il Contraente, deve darne avviso, corredato da certificazione INPS o INAIL ove disponibile, certificazione medica, eventuali cartelle cliniche e successivi controlli clinici e strumentali effettuati, con PEC/email da inviare alla Compagnia o altro mezzo idoneo a certificare la notifica.

Il sinistro verrà gestito secondo quanto normato ai punti successivi.

#### **Art. 9.1 - Denuncia di decesso**

In caso di **decesso dell'Assicurato**, i Beneficiari, per il tramite del Contraente o del Broker, devono inviare alla Compagnia:

- a) richiesta di pagamento firmata dai Beneficiari;
- b) certificato di morte dell'Assicurato;
- c) per le designazioni di Beneficiari persone fisiche:
  - nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento:
    - (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, sotto la propria responsabilità, che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie da parte dell'Assicurato, nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari per quanto a conoscenza del dichiarante, con indicazione della loro data di nascita e capacità di agire;
    - nel caso siano presenti disposizioni testamentarie da parte dell'Assicurato:
      - (i) dichiarazione sostitutiva autenticata dell'atto di notorietà da cui risulti, sotto la propria responsabilità, quali sono i Beneficiari e che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei beneficiari;
      - (ii) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà.
- d) nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori o incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa;
- e) per ogni Beneficiario: la copia di un documento identificativo e il codice fiscale;
- f) documentazione di carattere sanitario (cartelle ed esami clinici) e, in caso di ricovero precedente il decesso, cartella clinica dell'Ospedale o Scheda ISTAT di decesso con l'indicazione della seriazione causale (causa iniziale, intermedia e finale);
- g) in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine, o Certificato della Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;

- h) comunicazione redatta e sottoscritta dal vincolatario o dal creditore pignoratorio, sull'ammontare del debito residuo ed autorizzazione al pagamento, solo nel caso in cui la polizza risulti vincolata o ceduta in pegno.

#### **Art. 9.2 - Accertamento dell'Invalidità Permanente**

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, Il Contraente, ovvero l'Assicurato medesimo, anche per tramite del Broker, devono farne denuncia alla Compagnia, allegando al modulo di denuncia sinistro:

- l'attestazione dello stato di invalidità totale permanente emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente nel quale risulti il riconoscimento dell'invalidità e la percentuale assegnata;
- eventuali cartelle cliniche e successivi controlli clinici e strumentali effettuati dai quali risulti causa e natura della malattia o dell'infortunio che ha procurato l'invalidità permanente;
- eventuali documenti dai quali risulti l'esistenza, quantificazione e causa di invalidità precedenti già riconosciute.

Se il documento che certifica un'invalidità civile definitiva è rilasciato da INPS o INAIL, la Compagnia liquida il sinistro senza la necessità di richiedere ulteriore documentazione.

Se il documento rilasciato dall'ente preposto certifica un'invalidità civile rivedibile, la Compagnia si riserva la possibilità di chiedere documentazione aggiuntiva e/o di procedere all'accertamento autonomo e/o di attendere la certificazione definitiva da parte dell'ente stesso.

Qualora la documentazione inviata non fosse esaustiva, o su richiesta dell'Assicurato, la Compagnia si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad accertamento medico-legale presso il proprio fiduciario. L'Assicurato deve altresì sottoporsi agli accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dalla Compagnia e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Per il calcolo del grado di invalidità si farà riferimento alla tavola allegata al DPR. 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche.

Gli assicurati hanno la facoltà di richiedere l'accesso alle perizie di carattere medico-legale elaborate dal medico di fiducia della Compagnia, in caso di qualsiasi controversia di carattere medico-legale sulle conseguenze invalidanti il sinistro.

In caso di accertamento autonomo, lo stesso verrà eseguito attraverso il conferimento di incarico a medico fiduciario di Compagnia, il quale convocherà l'assicurato a Visita Medico Legale. Il fiduciario a seguito della visita stilerà un elaborato peritale redatto sulla base delle tabelle Inail, come da D.P.R 30.06.1965 e successive modifiche (D.M. 38/2000).

A maggior precisazione di quanto sopra, resta inteso che, nel caso di attestazione definitiva dello stato di Invalidità Totale e Permanente emessa dall'INPS o dall'INAIL, la liquidazione del sinistro si intende automatica senza necessità di presentare ulteriore documentazione, o di sottoporre l'assicurato ad accertamento autonomo.

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

Nei soli casi di rischi provenienti da altri assicuratori e solo a seguito dell'analisi dei documenti atti a verificare il processo di liquidazione del sinistro del precedente assicuratore, in deroga a quanto indicato al precedente paragrafo, per garantire la continuità della copertura, la Compagnia:

- prenderà in carico i casi di Invalidità Totale e Permanente la cui data di decorrenza, indicata nel verbale di accertamento dell'invalidità sia antecedente l'inizio del Periodo di assicurazione ma la cui data di definizione, indicata nel verbale, ricada nel Periodo di assicurazione, salvo che tali casistiche non siano già state liquidate dall'assicuratore precedente;
- escluderà i casi di Invalidità Totale e Permanente la cui data di decorrenza indicata nel verbale ricada nel Periodo di assicurazione e la cui data di definizione, indicata nel verbale, sia successiva al termine del Periodo di assicurazione.

#### **Casi particolari**

- in caso di certificazione di invalidità permanente definitiva con data precedente alla decorrenza della copertura, un eventuale aggravamento intervenuto nel corso della presente copertura sarà oggetto di liquidazione solo se l'aggravamento è superiore al 50% dell'invalidità residua, fermo che sia superata la soglia di invalidità prevista;
- in caso di prima certificazione di invalidità permanente definitiva inferiore al 66% durante la validità della presente copertura, ogni aggravamento concorrerà al superamento della soglia definita (66%).

#### **Art. 9.3 - Denuncia della Malattia Grave e obblighi conseguenti**

In base alla presente condizione la Compagnia anticipa, nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave prima della scadenza contrattuale e sempre che quest'ultimo sia sopravvissuto 30 giorni dalla data di diagnosi, il pagamento di un capitale pari al 30% di quello assicurato per il caso di morte.

In caso di insorgenza di cancro dell'Assicurato devono essere trasmessi i seguenti documenti:

- a) denuncia di Sinistro;
- b) diagnosi confermata da medico specialista con valida relazione medica della patologia esistente.

In caso di insorgenza di infarto del miocardio dell'Assicurato devono essere trasmessi i seguenti documenti:

- a) denuncia di Sinistro;
- b) diagnosi formulata in base ai seguenti tre criteri:
  - 1) dolore cardiaco tipico;
  - 2) modifiche tipiche all'elettrocardiogramma non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza della copertura;
  - 3) tipico aumento dei markers cardiaci.

In caso di insorgenza di ictus dell'Assicurato devono essere trasmessi i seguenti documenti:

- a) denuncia di Sinistro;
- b) referto dell'esame obiettivo eseguito da un medico specialista, che attesti il significativo indebolimento della funzione neurologica riscontrabile attraverso chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali e/o motorie;
- c) referto di un esame strumentale che confermi la diagnosi quale R.M.N. (risonanza magnetica nucleare), o TAC (tomografia assiale computerizzata) o altre tecniche di imaging affidabili approvate dalla Compagnia.

In caso di necessità di innesto di by-pass aortocoronarico dell'Assicurato trasmessi prima dell'intervento, i seguenti documenti:

- a) denuncia di Sinistro;
- b) prova angiografica significativa dell'occlusione dell'arteria coronaria;
- c) referto del cardiologo che indichi come clinicamente necessario l'intervento.

In caso di sopraggiunta cecità dell'Assicurato devono essere trasmessi i seguenti documenti:

- a) denuncia di Sinistro;
- b) referto del medico specialista.

In caso di insorgenza di insufficienza renale dell'Assicurato devono essere trasmessi i seguenti documenti:

- a) denuncia di Sinistro;

b) diagnosi confermata da medico specialista che attesti l'alterato stato cronico ed irreversibile della funzionalità di entrambi i reni che necessiti di dialisi extracorporea continua.

In caso di necessità di trapianto dell'Assicurato devono essere trasmessi i seguenti documenti:

a) denuncia di Sinistro;

b) referto del medico specialista che indichi come indispensabile il trapianto.

In caso di perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi:

a) denuncia di Sinistro;

b) referto del medico specialista.

Nel caso in cui non venga diagnosticata all'Assicurato nessuna Malattia Grave entro la scadenza contrattuale, non è prevista alcuna incombenza a carico della Compagnia, ed i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.

#### **Art. 10 - Pagamenti della Compagnia**

La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni:

- dal ricevimento della documentazione completa in caso di decesso;
- dal riconoscimento dello stato di invalidità;
- dal riconoscimento della Malattia Grave.

Le spese relative all'acquisizione della documentazione necessaria gravano direttamente sugli aventi diritto.

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui la Compagnia è entrata in possesso della documentazione completa.

#### **Art. 11 - Suicidio**

In deroga a quanto previsto dall'Art. 1927 del Codice Civile, la garanzia comprende anche il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

#### **Art. 12 - Carenza**

La copertura in oggetto non prevede periodi di Carenza.

#### **Art. 13 - Esclusioni**

**Sono esclusi dalla copertura i casi di decesso e di Invalidità Totale e Permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:**

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- abuso di alcolici e psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- partecipazione attiva dall'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta degli aventi diritto, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.it). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc );
- pratica anche puramente ricreativa di queste attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, etc.).

Limitatamente ai casi di Invalidità Totale e Permanente, sono esclusi dalla copertura i soggetti ai quali, in epoca antecedente al momento dell'ingresso in assicurazione, sia già stata riconosciuta, da parte dell'INPS in ambito previdenziale, la pensione di inabilità o in subordine l'assegno di invalidità.

#### **Art. 14 - Pagamento del premio**

A fronte delle prestazioni assicurate, il Contraente è tenuto a pagare un Premio, da corrispondere tramite un versamento unico entro il 30 Aprile.

I premi potranno essere pagati alla Compagnia anche per il tramite del broker.

L'entità del premio per ogni Assicurato viene determinata alla decorrenza di ogni copertura moltiplicando il Capitale Assicurato per il relativo tasso di premio in funzione delle categorie di appartenenza:

- Assicurato appartenente al personale delle aree professionali - impiegati e quadri direttivi di I e II livello:
  - Tasso di premio annuo per ogni 1.000 euro di capitale: 2,54
- Assicurato appartenente ai quadri direttivi di III e IV livello e dirigenti:
  - Tasso di premio annuo per ogni 1.000 euro di capitale: 4,00

**Per la copertura facoltativa il premio viene determinato moltiplicando il Capitale Assicurato al tasso, individuato in base all'età computabile dell'assicurato alla decorrenza di ogni copertura, secondo la tabella dei tassi riportata in allegato alle condizioni di polizza (allegato 1).**

Il Premio, dovuto dal Contraente per ciascun Assicurato ed all'inizio di ciascun periodo assicurativo, verrà determinato secondo la tariffa per l'assicurazione temporanea per il caso di decesso, di Invalidità Totale e Permanente e di Malattia Grave. In occasione di ogni rinnovo annuale, il premio unico annuale dovuto per il rinnovo della copertura assicurativa è rideterminato in funzione dei nuovi ingressi o dell'uscite dall'elenco degli assicurati e dell'eventuale cambiamento di Capitale Assicurato o di categoria di appartenenza.

Nel caso di passaggio in corso d'anno da una categoria ad un'altra la decorrenza è pari al 1 Gennaio del successivo rinnovo annuale.

Nel caso di richiesta di modifica del Capitale Assicurato in occasione del rinnovo, da presentare esclusivamente entro il termine del 31/12 la decorrenza è:

- per la copertura base il 1 Gennaio, in occasione del rinnovo annuale;
- per la copertura facoltativa dovrà essere presentato questionario anamnestico compilato entro il 31/12, come previsto all'art. 8.5, e in caso di accettazione della Compagnia l'aumento di capitale decorrerà dal 1 Gennaio, in occasione del rinnovo annuale. In caso di decesso dell'Assicurato nel periodo di valutazione del questionario anamnestico, il Capitale Assicurato deve intendersi quello in corso antecedentemente alla richiesta non perfezionata.

La Compagnia, in fase di rinnovo, qualora sia in corso l'accertamento dello stato di invalidità e/o di Malattia Grave, si impegna a mantenere comunque in vigore le garanzie di cui al presente Contratto, con i medesimi Capitali Assicurati nella precedente annualità, relativi alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità o della Malattia Grave dietro corresponsione del relativo premio da parte del Contraente.

La Compagnia si impegna inoltre a mantenere in copertura, con i medesimi Capitali Assicurati nella precedente annualità, gli Assicurati che hanno già ricevuto indennizzo per la garanzia Malattia Grave, a valere sulla polizza stipulata dal contraente anche in data precedente alla sottoscrizione del presente contratto. In questi casi il Contraente comunicherà soltanto il capitale residuo e su tale capitale verrà conteggiato il premio di polizza.

Si precisa che per gli assicurati che hanno ricevuto la liquidazione per il caso di Malattia Grave il capitale che verrà comunicato al rinnovo annuale sarà pari al capitale residuo. Questa informazione deve essere evidenziata anche nei flussi.

Nel caso di ingressi di nuovi assicurati in Polizza nel corso dell'anno, il premio dovuto per gli stessi è determinato proporzionalmente alla durata della copertura effettiva di ciascun Assicurato, secondo quanto in precedenza normato (calcolo effettuato su base mensile).

**L'assicurazione, in quanto di puro rischio, non prevede valore di riscatto e nessuna prestazione è dovuta in caso di sospensione del pagamento dei premi. In caso di cessazione dell'efficacia della Polizza, per qualsiasi motivo, i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia a titolo di corrispettivo per il rischio corso.**

Anche in assenza di Sinistri liquidati, i premi versati resteranno acquisiti **dalla Compagnia a titolo di corrispettivo per il rischio corso.**

#### **Art. 15 - Struttura del contratto**

Il presente contratto è composto:

- dalle presenti "Condizioni di Assicurazione" (con relativo Glossario) che regolano l'assicurazione temporanea per il caso decesso, Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave;
- dall'Elenco degli Assicurati, rilasciato dal Contraente alla Compagnia;
- da eventuali Condizioni particolari di polizza e Appendici rilasciate dalla Compagnia e controfirmate dalla stessa e dal Contraente;
- dall'informativa sul trattamento dei dati personali (Informativa Privacy).

#### **Art. 16 - Ingresso e permanenza in assicurazione**

La copertura assicurativa decorre dalle ore 00 della data indicata nel Certificato di Polizza ed è subordinata:

- alle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'adesione;
- al pagamento del premio;
- per la sola copertura facoltativa: all'esito favorevole della valutazione del questionario sanitario, ove previsto, formalizzato dalla Compagnia attraverso l'emissione di una apposita Appendice.

Il Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- fornire alla Compagnia l'anagrafica delle persone da assicurare secondo le modalità concordate (elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del luogo di residenza, del codice fiscale, del capitale da garantire e dell'inquadramento contrattuale, ecc). Gli elenchi degli Assicurati potranno essere forniti su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia. Tali comunicazioni dei dati personali dovranno avvenire nel rispetto delle cautele previste dalla normativa in materia di privacy in modo da garantirne sempre la riservatezza e il corretto trattamento;

- consegnare, anche mediante pubblicazione sul proprio sito web, agli Assicurati copia delle presenti Condizioni di Assicurazione, indicando altresì ai medesimi Assicurati tutte le informazioni contenute nel Certificato di Polizza relativamente alla decorrenza della copertura assicurativa, alle caratteristiche concordate per individuare il Collettivo Assicurato, nonché al Capitale Assicurato e al Capitale Assicurato Integrativo, laddove richiesto;
- consegnare, anche mediante pubblicazione sul proprio sito web, l'informativa, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali;
- consegnare, anche mediante pubblicazione sul proprio sito web, ogni altro documento previsto dal contratto di assicurazione ovvero dalle Condizioni di Assicurazione, compresa l'Informativa sul trattamento dei dati personali.

Il Contraente dà atto di essere autorizzato a comunicare i dati personali degli Assicurati per le finalità di cui al presente contratto.

Il Contraente sarà tenuto a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia per l'inserimento degli Assicurati nella polizza collettiva e per il pagamento delle prestazioni garantite.

Le comunicazioni di cui al presente articolo devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

**Per il piano facoltativo, la Compagnia garantisce per gli Assicurati in costanza di copertura i medesimi Capitali Assicurati nell'annualità precedente senza richiedere il questionario anamnestico. I Capitali Assicurati saranno suddivisi tra copertura base e facoltativa secondo quanto stabilito dall'Art. 8.**

**Resta inoltre inteso che i sovrappremi eventualmente previsti nell'annualità precedente resteranno validi e verranno di conseguenza inseriti nel calcolo del premio della copertura facoltativa.**

**La richiesta di inserimento, modifica o revoca della copertura facoltativa, unitamente all'eventuale modulistica richiesta, deve essere effettuata come normato di seguito, a valere per l'annualità successiva.**

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

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

#### **16.1 Modifica Capitali Assicurati copertura base**

È data facoltà agli Assicurati di modificare i Capitali Assicurati previa comunicazione alla Compagnia da presentare esclusivamente entro il termine del 31/12. Le modifiche avranno decorrenza dal 01/01.

Tale facoltà non è concessa a coloro i quali hanno già ricevuto indennizzo per la garanzia Malattia Grave, anche in data precedente alla sottoscrizione del presente contratto, né per coloro i quali è in corso, per le prestazioni garantite dal presente contratto, l'accertamento della Compagnia precedente sia per il caso Malattia Grave che per il caso Invalidità Totale e Permanente.

## **16.2 Modifica Capitali Assicurati copertura facoltativa**

È data facoltà agli Assicurati, per ogni annualità, di modificare i Capitali Assicurati con la copertura base e di attivare, modificare in aumento o riduzione, o annullare la copertura facoltativa, dandone comunicazione alla Compagnia entro il termine del 31/12.

Si segnala che:

- per la copertura base la decorrenza è pari al 1 Gennaio, in occasione del rinnovo annuale;
- per la copertura facoltativa dovrà essere presentato questionario anamnestico compilato entro il 31/12, come previsto all'art. 8.5, e in caso di accettazione della Compagnia l'aumento di capitale decorrerà al 1 Gennaio, in occasione del rinnovo annuale. In caso di decesso dell'assicurato nel periodo di valutazione del questionario anamnestico, il Capitale Assicurato deve intendersi quello in corso antecedentemente alla richiesta non perfezionata.

La Compagnia si impegna ad esaminare i questionari e comunicare il risultato entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della documentazione.

La possibilità di attivare o aumentare i Capitali Assicurati non è concessa a coloro i quali hanno già ricevuto indennizzo per la garanzia Malattia Grave, anche in data precedente alla sottoscrizione del presente contratto, né per coloro i quali è in corso, per le prestazioni garantite dal presente contratto, l'accertamento della Compagnia precedente per i casi di Invalidità Totale e Permanente o Malattia Grave.

In caso di richiesta annullamento o diminuzione dei Capitali Assicurati della copertura facoltativa non è richiesta la presentazione del questionario anamnestico e tale modifica avrà decorrenza dal 01/01 dell'annualità successiva alla richiesta.

### **Art. 17 - Ingressi e cessazioni nel corso del periodo assicurativo e regolazione del premio**

Per gli Assicurati inclusi in copertura, nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in proporzione alla durata della copertura ed al relativo Capitale Assicurato.

Gli inserimenti dei nuovi Assicurati, nel corso della durata contrattuale, verranno perfezionati attraverso l'emissione con cadenza mensile di apposita Appendice di Polizza da parte della Compagnia, il cui pagamento avverrà entro 60 giorni dall'emissione. Per i nuovi ingressi in corso d'anno la garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 00 del primo giorno del mese di adesione al Fondo del singolo nuovo Assicurato e terminerà alle ore 00 della data di scadenza del contratto, rinnovandosi automaticamente di anno in anno e sempre nel rispetto dei limiti ivi indicati.

La cessazione della garanzia assicurativa degli Assicurati, dovuta al venir meno dei requisiti di cui agli Artt. 2 e 5 delle Condizioni di Assicurazione, avverrà con decorrenza dalle ore 00 della scadenza dell'annualità in corso.

Il Contraente dovrà comunicare i nuovi ingressi relativi a ciascun Assicurato mediante e-mail da inviare alla Compagnia, entro il 15 del mese successivo, alla seguente casella di posta elettronica: [contract.it@elipslife.com](mailto:contract.it@elipslife.com).

### **Art. 18 - Inclusioni ed Esclusioni nel corso del periodo assicurativo**

Le operazioni per i nuovi entrati verranno perfezionate attraverso l'emissione mensile di apposita Appendice di Polizza da parte della Compagnia.

La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa relativamente al singolo Assicurato a decorrere dalle ore 00 del giorno di scadenza dell'annualità in corso.

#### **Art. 19 - Sinistro che colpisca più teste**

L'assicurazione è estesa anche al sinistro che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con la Compagnia. In tali casi il presente contratto garantisce i Capitali Assicurati individualmente con il limite massimo complessivo di Euro 20.000.000.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e al rispettivo Capitale Assicurato.

#### **Art. 20 - Beneficiari**

Beneficiari delle prestazioni assicurative sono:

- in caso di Invalidità Totale e Permanente e Malattia Grave, l'Assicurato medesimo;
- in caso di decesso, i Beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi.

In caso di sinistro sono valide le comunicazioni di designazione del beneficiario fatte dall'assicurato alla contraente, la quale le produrrà alla Compagnia unitamente alla denuncia di sinistro.

La designazione non può essere revocata o modificata nei casi previsti dall'Art. 1921 Codice Civile.

#### **Art. 21 - Obbligo di comunicazioni da inoltrare alla Compagnia in caso di decesso e/o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato**

Per ottenere la liquidazione del Capitale Assicurato in caso di decesso dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia i documenti necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed individuare gli aventi diritto. Tali documenti sono elencati nel "Modulo di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di decesso dell'Assicurato" reperibile presso l'Intermediario.

La Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro trenta giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta, previa consegna della relativa quietanza controfirmata. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori a favore dei Beneficiari.

**Alla data di redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, i diritti derivanti da un qualsiasi contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, ai sensi dell'articolo 2952, comma 2 del Codice Civile modificato dal Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 ottobre 2012, n.245. Tale prescrizione resterà in vigore, salvo eventuali modifiche successive.**

**Superato questo termine senza alcuna richiesta da parte dell'interessato, il diritto alle prestazioni si prescrive e non può essere esercitato, in quanto le somme maturate e non riscosse entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono infatti devolute, ai sensi dell'art. 1 comma 345 della legge n. 266/2005 al fondo "depositi dormienti".**

#### **Art. 22 - Legislazione applicabile**

Al presente contratto si applica la legge italiana.

#### **Art. 23 - Trattamento dei dati personali**

Elips Life LTD – Sede Secondaria Italiana, in qualità di Titolare dei dati personali, opererà nel pieno rispetto delle disposizioni di vigenti. I dati personali, compresi quelli particolari (ex "sensibili"), degli Assicurati (e degli eventuali beneficiari), saranno trattati per le sole finalità di esecuzione del contratto e per il tempo strettamente necessario alla durata dello stesso. Le persone incaricate del trattamento saranno individuate dal Titolare ed opereranno sotto la sua diretta autorità attenendosi alle istruzioni dallo stesso impartite.

La Compagnia dichiara di adottare le misure organizzative, fisiche e logiche, al fine di assicurare il corretto trattamento e la sicurezza dei dati. Per quanto riguarda il trattamento specifico dei dati personali degli Assicurati (e degli eventuali beneficiari), nella loro qualità di soggetti interessati, si rimanda alle informazioni di dettaglio contenute nell'apposito allegato modulo di "Informativa Privacy".

#### **Art. 24 - Tasse e Imposte**

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto. Le somme corrisposte dalla Compagnia ai sensi del presente contratto, in seguito al decesso dell'Assicurato, sono esenti da IRPEF e dall'imposta sulle successioni (Art. 34 del D.P.R. n. 601/73 e Art. 6, comma 2, del D.P.R. 917/1986).

#### **Art. 25 - Foro competente**

Per qualsiasi controversia che dovesse insorgere in ordine al presente contratto sarà competente il Foro del luogo di residenza o di domicilio elettivo del Contraente, del Beneficiario o degli aventi diritto previo esperimento del procedimento di Mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 (così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge *pro tempore* vigenti.

#### **Art. 26 – Controversie**

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sulla natura delle lesioni o della malattia, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune in cui è situato l'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti. anche qualora uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto dovrà essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

In alternativa al collegio arbitrale, è possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it) (Legge 9/8/2013, n. 98).

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

#### **Art. 27 - Clausola Broker**

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto a **Marsh S.p.A.** (di seguito, il "Broker"). Su espressa richiesta del Contraente, tutti i rapporti inerenti la presente polizza, compresa la gestione amministrativa dei sinistri, potranno essere svolti dal Broker medesimo per conto dell'Assicurato/Contraente.

Agli effetti di quanto precede, ogni comunicazione fatta al Broker dall'Assicurato/Contraente deve intendersi come fatta alla Compagnia.

Inoltre, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato/Contraente, si intenderà come fatta dall'Assicurato/Contraente.

Parimenti, ogni comunicazione resa dalla Compagnia al Broker s'intenderà valida come se effettuata direttamente all'Assicurato/Contraente, fermi i casi di risoluzione contrattuale e tutti gli atti di straordinaria gestione del contratto medesimo.

Ciò premesso, tutte le comunicazioni e, per espressa delega, il versamento dei premi inerenti al contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte per il tramite del Broker che tratterà con la Compagnia.

La Compagnia riconosce che il pagamento dei premi effettuato dal Contraente al Broker si intende come effettuato direttamente alla Compagnia stessa ed è da considerarsi liberatorio per il Contraente.

**L'onere economico a carico della Compagnia per la remunerazione della suddetta attività è stato concordato nella percentuale del 5 per cento di ogni premio annuo. Nessun onere a carico del Contraente.**

#### **Art. 28 - Reclami**

##### **RECLAMI ALLA COMPAGNIA**

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

**Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)**

**Via San Prospero, 1 – 20121 Milano**

**e-mail: [reclami@pec.elipslife.com](mailto:reclami@pec.elipslife.com)**

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

##### **RECLAMI ALL'IVASS**

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

##### **IVASS – Servizio Tutela del Consumatore**

**Via del Quirinale, 21**

**00187 Roma**

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

Nel reclamo il soggetto deve indicare:

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

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

Il reclamante potrà altresì richiedere l'intervento del collegio arbitrale o avvalersi della procedura di mediazione, come previsto dall'Art. 26.

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

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

##### **Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein**

**Landstrasse 109, Postfach 279**

**9490 Vaduz, Liechtenstein**

**Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: [info@fma-li.li](mailto:info@fma-li.li)**

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

Resta comunque salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

## Glossario

**Appendice:** documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificare alcuni aspetti concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

**Assicurato:** le persone fisiche sulla cui vita viene stipulato il contratto. Il Contraente (Cassa di Previdenza dei Dipendenti del Gruppo Credito Emiliano) prevede prestazioni accessorie di invalidità e premorienza agli "Assicurati", come sopra definiti, con le modalità e le eccezioni previste dal proprio Statuto.

**Beneficiario:** la persona fisica o giuridica che viene designata in polizza dal Contraente o dall'Assicurato, e che riceve il Capitale Assicurato in caso di decesso o in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che hanno come conseguenza un'invalidità totale e permanente così come definita nelle condizioni contrattuali nel corso della durata contrattuale.

**Capitale Assicurato:** indennità (indicata nel Certificato di Polizza) liquidabile al Beneficiario sotto forma di capitale in caso di decesso o in caso di infortunio o di malattia dell'Assicurato che hanno come conseguenza un'invalidità totale e permanente così come definita nelle condizioni contrattuali nel corso della durata contrattuale.

**Carenza:** periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci.

**Cessione, pegno e vincolo:** condizione per cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

**Collettivo Assicurato:** il gruppo di Assicurati nel cui interesse è prestata l'assicurazione.

**Compagnia:** la compagnia di assicurazione **Elips Life Ltd** Sede Secondaria italiana, Compagnia autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita anche Società o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

**Condizioni di Assicurazione:** insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

**Contraente:** il soggetto che firma il contratto di assicurazione e si impegna al versamento del premio di polizza

**Contratto (di assicurazione sulla vita):** contratto con il quale **Elips Life Ltd** - Sede Secondaria italiana, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente la vita dell'Assicurato.

**Costi:** oneri a carico del Contraente gravante sui premi versati.

**Decorrenza della garanzia:** momento in cui le garanzie divengono efficaci ed il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio o la prima rata di premio entro i termini indicati in Polizza.

**Diritto di Recesso:** il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sottoscrizione dello stesso.

**Durata contrattuale:** periodo durante il quale il contratto è efficace.

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

**Evento:** Invalidità Permanente Totale, decesso o Malattia Grave.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**Invalidità Totale e Permanente:** sopravvenuta infermità, difetto fisico o mentale, indipendente dalla volontà dell'Assicurato ed oggettivamente accertabile, che abbia causato la perdita permanente del 66% della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti.

**IVASS:** Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo. È l'Autorità incaricata di vigilare sulle attività delle Imprese di Assicurazione.

**Liquidazione:** pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

**Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

**Massimale:** somma fino alla cui concorrenza, per ciascun evento e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie assicurative.

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

**Polizza:** documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

**Polizza Collettiva:** contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione stipulato dal Contraente, costituita da un soggetto giuridico, quale ad esempio il datore di lavoro o un determinato ente rappresentante una categoria professionale, nell'interesse di un gruppo di Assicurati, quali ad esempio i dipendenti dell'Azienda o gli appartenenti alla categoria professionale stessa.

**Premio:** importo che la Contraente deve corrispondere alle scadenze pattuite nel corso della Durata Contrattuale.

**Prescrizione:** estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

**Prestazione Assicurata:** somma pagabile sotto forma di capitale che la Compagnia garantisce all'Assicurato o al Beneficiario, a seconda dei casi, al verificarsi dell'evento assicurato.

**Ricorrenza annuale:** l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del contratto.

**Sinistro:** verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

## Informativa Privacy

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

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

### A) Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Elips Life Ltd [www.elipslife.com](http://www.elipslife.com), con sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail [compliance@elipslife.com](mailto:compliance@elipslife.com), [Società soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG](#).

### B) Tipologia di Dati trattati

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

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

### C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

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

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

individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative. Il trattamento trova fondamento nell'art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR, ovvero nell'adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell'Assicurato;

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

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

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

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

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

#### **E) Modalità del trattamento**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- diritto di accesso ai Dati Personali ed alle seguenti informazioni: a) le finalità del trattamento; b) le categorie di Dati Personali trattati; c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i Dati Personali sono stati o saranno comunicati; d) il periodo di conservazione dei Dati o, laddove non sia possibile, i criteri utilizzati per determinarlo; e) l'esistenza dei diritti di rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento e opposizione; f) l'esistenza del diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo; g) qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, le informazioni disponibili sulla loro origine; h) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze di tale trattamento per l'Interessato;
- diritto di rettifica e di integrazione dei Dati Personali che lo riguardano;

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

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

**Elips Life Ltd** sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano

e-mail [compliance@elipslife.com](mailto:compliance@elipslife.com)



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



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

#### **J) Responsabile della Protezione dei Dati**

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

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

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

Elips Life Ltd

## ALLEGATO 1

### Tassi per copertura facoltativa

<i>età</i>	<i>tasso x1000</i>	<i>età</i>	<i>tasso x1000</i>
18	0,39	45	1,22
19	0,44	46	1,33
20	0,46	47	1,47
21	0,47	48	1,65
22	0,48	49	1,85
23	0,48	50	2,06
24	0,50	51	2,26
25	0,49	52	2,51
26	0,50	53	2,81
27	0,49	54	3,13
28	0,49	55	3,48
29	0,51	56	3,88
30	0,52	57	4,33
31	0,53	58	4,84
32	0,53	59	5,48
33	0,55	60	6,26
34	0,56	61	7,21
35	0,56	62	8,37
36	0,58	63	9,67
37	0,59	64	11,06
38	0,63	65	12,59
39	0,69	66	14,22
40	0,76	67	16,03
41	0,84	68	18,63
42	0,92	69	20,88
43	1,02	70	23,39
44	1,13		