

Contratto di assicurazione collettiva ad adesione individuale in caso di decesso e di invalidità totale e permanente

Il presente Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

AVVERTENZA - Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo: dicembre 2018

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: Landstrasse, 40, 9495 Triesen (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 Re Ltd



Indice

Condizioni di assicurazione che regolano
l'assicurazione collettiva ad adesione
individuale in caso di decesso e di
invalidità totale e permanente

Parte I – Oggetto del contratto e prestazioni assicurate	3
Art. 1 – Oggetto.....	3
Art. 2 – Persone Assicurabili e Adesione alla Polizza collettiva.....	3
Art. 3 – Beneficiari.....	3
Art. 4 - Limiti di età	4
Art. 5 – Suicidio	4
Art. 6 – Esclusioni: cosa non è coperto	4
Art. 7 – Sinistro che colpisca più Assicurati: massimali	4
Parte II - Conclusione e durata dell'Adesione, decorrenza delle garanzie assicurative.....	4
Art. 8 – Modalità di Adesione e Decorrenza delle coperture.....	4
Art. 9 – Modalità assuntive (come aderire alla Polizza collettiva)	5
Art. 10 – Cessazione della Polizza	6
Art. 11 – Disdetta dell'Adesione, recesso e recesso per Sinistro	7
Parte III – Il pagamento del Premio	7
Art. 12 – Premi di assicurazione	7
Art. 13 – Pagamento dei premi e risoluzione del contratto	7
Parte IV – La gestione dei sinistri.....	7
Art. 14 – Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Compagnia dell'Evento assicurato.....	7
Art. 15 – Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro	9
Parte V – Disposizioni Generali	9
Art. 16 – Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente.....	9
Art. 17 – Legge applicabile	10
Art. 18 – Modifiche contrattuali	10
Art. 19 – Modalità di consegna della documentazione informativa.....	10
Parte VI – Informativa Privacy.....	10
Parte VII – Glossario	14

Il presente contratto descrive nel dettaglio le modalità di Adesione alla Polizza collettiva sottoscritta dal FONDO PENSIONE a CONTRIBUZIONE DEFINITA del GRUPPO INTESA SANPAOLO in qualità di Contraente, i soggetti che possono aderirvi e le coperture a cui il soggetto Aderente accede, incluse le esclusioni e limitazioni applicabili.

Parte I – Oggetto del contratto e prestazioni assicurate

Art. 1 – Oggetto

Sulla base delle presenti Condizioni di assicurazione, e ferme comunque restando le cause di esclusione, le condizioni di assicurabilità e le Somme Assicurate previste, l'Adesione alla Polizza collettiva prevede, in caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la liquidazione in un'unica soluzione della Somma assicurata al Beneficiario (così come definito al successivo art. 3) a condizione che l'Aderente sia stato incluso in Assicurazione e che il relativo Premio sia stato regolarmente versato. L'importo della Somma assicurata è quello selezionato dall'Aderente nel Modulo di Adesione.

La Somma assicurata massima per ciascun Aderente iscritto al Fondo (ivi compresi quelli con la qualifica di Familiare a carico), è di EUR 150.000 (centocinquantamila) (fatto salvo quanto previsto per gli aderenti alla polizza Collettiva Obbligatoria).

Più in dettaglio le Coperture sono:

Garanzia decesso

Fatti salvi i casi di esclusione di cui all'art. 6 delle presenti Condizioni di assicurazione, il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa.

Garanzia invalidità totale e permanente

L'Invalidità dell'Assicurato è determinata dalla riduzione permanente, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, della capacità di lavoro dello stesso in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, a meno di un terzo del normale **e sempreché (per gli iscritti dipendenti) il rapporto di lavoro venga risolto in conseguenza di Invalidità.**

Sono, altresì, esclusi dall'assicurazione, per il solo caso di invalidità totale e permanente, i soggetti che, al momento dell'ingresso in assicurazione, abbiano un'invalidità totale e permanente riconosciuta o abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza e queste si concludano con esito positivo.

Art. 2 – Persone Assicurabili e Adesione alla Polizza collettiva

L'Adesione alla Polizza collettiva può essere richiesta da tutti gli iscritti in via ordinaria al Fondo, attuali e futuri, e dagli iscritti in qualità di Familiari a carico, purché maggiorenni e domiciliati all'interno del Territorio italiano e dagli aderenti al Fondo, dipendenti di Intesa e di società del Gruppo, a cui si applica il CCNL del credito e retribuiti da Intesa Sanpaolo che per ragioni di servizio risiedono e lavorano in paesi esteri. Una volta aderito alla presente Polizza collettiva, l'iscritto al Fondo prenderà il titolo di Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato trasferisca il proprio domicilio al di fuori del Territorio italiano durante il Periodo di assicurazione, ha l'obbligo di comunicarlo alla Compagnia entro e non oltre 30 (trenta) giorni. Ricevuta tale comunicazione, la Compagnia si riserva il diritto di valutare la prosecuzione delle coperture e/o di proporre eventuali diverse condizioni in termini di premio ed esclusioni.

L'Adesione può prevedere un preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Aderente, ai sensi di quanto precisato all'art. 9 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 3 – Beneficiari

Beneficiario delle Prestazioni assicurate è il Fondo, il quale provvederà a liquidarle ai soggetti in favore dei quali è prevista la liquidazione della posizione individuale di previdenza complementare (in caso di invalidità totale e permanente all'Aderente stesso; in caso di decesso, agli eredi oppure ai diversi beneficiari dallo stesso designati).

Art. 4 - Limiti di età

L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati, che alla Data di inclusione abbiano compiuto 18 (diciotto) anni di Età Assicurativa e non abbiano ancora compiuto 76 (settantasei) anni di Età Assicurativa.

AVVERTENZA

Superati i limiti di età sopra indicati, la copertura cessa e non potrà essere, rinnovata, salvo diverso accordo scritto con la Compagnia.

Art. 5 – Suicidio

In deroga a quanto previsto dall'articolo 1927 del Codice Civile, l'Assicurazione copre anche il caso di suicidio dell'Assicurato avvenuto prima che siano trascorsi 2 (due) anni dalla Data di attivazione nell'Assicurazione.

Art. 1927 Codice Civile - Suicidio dell'assicurato

1. In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.
2. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi [1901, 1924], non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

Art. 6 – Esclusioni: cosa non è coperto

Sono sempre esclusi dalla copertura i casi di decesso e di invalidità totale e permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- a) Dolo del Beneficiario;
- b) Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) Partecipazione dell'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 dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d) Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- e) Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

In tutti i casi in cui intervenga un'esclusione, la Compagnia non corrisponderà alcuna Somma Assicurata e restituirà al Contraente, un importo pari al rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto, al netto degli eventuali costi accessori riportati nella Polizza.

Art. 7 – Sinistro che colpisca più Assicurati: massimali

L'Assicurazione è estesa anche al Sinistro che, in conseguenza di un unico evento accidentale, colpisca più Aderenti al Fondo per un importo massimo di EUR 20.000.000 (venti milioni).

Se le Somme Assicurate complessivamente dovute eccedessero tali massimali, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e alla rispettiva Somma Assicurata.

Parte II - Conclusione e durata dell'Adesione, decorrenza delle garanzie assicurative

Art. 8 – Modalità di Adesione e Decorrenza delle coperture

La Polizza ha durata annuale e si perfeziona con la sottoscrizione e l'invio del Modulo di Adesione ed il pagamento del Premio dovuto dall'Aderente, versato per il tramite del Contraente, con effetto dalle ore 00:00 della Data di attivazione riportata nella Scheda di polizza emessa dalla Compagnia.

Successivamente l'Adesione si intenderà tacitamente rinnovata, a condizione che, alla data del rinnovo, siano ancora soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2 ed il Premio corrispondente risulti pagato, salva disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 11.

L'Aderente è tenuto a versare il Premio per il tramite del Contraente. Le modalità e i termini di pagamento del Premio sono concordati dal Contraente e dalla Compagnia nella Convenzione Collettiva. **In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'Adesione e le relative garanzie restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.**

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

A giustificazione del mancato pagamento del premio, l'Aderente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 9 – Modalità assuntive (come aderire alla Polizza collettiva)

Per i rischi e gli aderenti provenienti dalla precedente polizza del Fondo, la Società prevede un'assunzione diretta e in continuità degli Assicurati, anche in caso di modifica nel capitale assicurato e nella tipologia di prestazione (da morte a morte e invalidità permanente e viceversa).

Per gli iscritti al Fondo non aderenti alla precedente polizza l'assunzione dei rischi alla Polizza collettiva da parte della Compagnia, avviene previa sottoscrizione da parte dell'Aderente dei moduli di cui ai modelli A e B qui allegati contenenti:

- a) Modulo A - assenso all'Assicurazione (ai sensi dell'art. 1919, comma 2 del Codice Civile)
- b) Modulo B - dichiarazione di buono stato di salute.

Qualora l'Aderente non sia in grado di sottoscrivere la dichiarazione di buono stato di salute di cui al punto precedente, dovrà fornire alla Compagnia per il tramite del Contraente, debitamente sottoscritto, il Questionario anamnestico fornito dalla Compagnia.

Art. 1919 Codice Civile - Assicurazione sulla vita propria o di un terzo.

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

Esaminata la documentazione, la Compagnia potrà:

- richiedere ulteriore documentazione sanitaria integrativa;
- proporre particolari condizioni di accettazione;
- accettare la messa in copertura per la Somma assicurata richiesta;
- rifiutare la messa in copertura per la Somma assicurata richiesta.

In difetto di presentazione della documentazione richiesta entro il termine di 90 (novanta) giorni, non potrà essere accordata alcuna copertura assicurativa o incrementi della Somma assicurata ad una già esistente.

In caso di accettazione della messa in copertura per la Somma assicurata richiesta, essa avrà effetto dalla Data di attivazione indicata nella Scheda di polizza e la Compagnia provvederà a calcolare e a comunicare all'Aderente il relativo Sovrappremio dovuto e/o l'assunzione del rischio con delle limitazioni/esclusioni ad personam. L'Aderente avrà a disposizione 20 (venti) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione suddetta per manifestare il proprio assenso o diniego all'Adesione e pagare il relativo Sovrappremio entro 70 (settanta) giorni dalla data di emissione della scheda di polizza. La mancata risposta da parte dell'Aderente entro il termine di cui sopra equivarrà a diniego.

Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati ai sensi di uno degli articoli precedenti, il cui onere resta a totale carico dell'Aderente, verranno di norma considerati validi per 5 (cinque) anni, a decorrere dalla data della loro esecuzione, anche per la valutazione di rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. La Compagnia si riserva il diritto di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute dell'Aderente, dandone pronta comunicazione.

In relazione alle prestazioni previste dalla presente Polizza, qualora sia richiesta la compilazione di documentazione concernente lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato prende atto delle seguenti

AVVERTENZE

- a) **eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto di assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni assicurate previste, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione;**
- b) **prima della sottoscrizione del Questionario anamnestico (ove richiesto) l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;**
- c) **anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

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

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

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

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari, nei casi sopra esplicitati.

Art. 10 – Cessazione della Polizza

L'Adesione alla Polizza collettiva cessa:

- in caso di risoluzione, per qualsivoglia motivo, dell'iscrizione dell'Aderente al Fondo, nel qual caso le coperture cesseranno alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso senza possibilità di rinnovo (tacito o espresso);
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato come definita all'art. 1;
- in caso di superamento dei limiti di età, nel qual caso le coperture cesseranno alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso senza possibilità di rinnovo (tacito o espresso);
- in caso di disdetta ai sensi dell'art. 11;
- in caso di cessazione della Convenzione Collettiva: in questo caso, le coperture cesseranno alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso senza possibilità di rinnovo (tacito o espresso).

Art. 11 – Disdetta dell’Adesione, recesso e recesso per Sinistro

11.1 Disdetta

Fatti salvi i casi di cessazione della Polizza, l’Aderente potrà disdire la Polizza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale, ovvero dandone comunicazione al Fondo secondo i tempi e le modalità dallo stesso stabilite.

11.2 Recesso

L’Aderente ha 30 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

I riferimenti per l’invio delle comunicazioni di cui al presente articolo sono i seguenti:

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

P.E.C. elipslife@pec.elipslife.com

Parte III – Il pagamento del Premio

Art. 12 – Premi di assicurazione

Il Premio dovuto dall’Aderente è determinato secondo i tassi riportati nella Convenzione Collettiva sottoscritta dal Contraente.

I tassi di tariffa sono espressi in millesimi (i.e., premio in Euro per mille Euro di Somma assicurata) e variano in funzione dell’Età assicurativa dell’Assicurato alla Data di attivazione.

Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato di anno in anno sulla base del corrispondente tasso di tariffa applicabile in relazione all’età rilevante, moltiplicato per la Somma assicurata.

Art. 13 – Pagamento dei premi e risoluzione del contratto

Il Premio è sempre determinato per Periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto.

Il Premio è versato dal Contraente per conto degli Aderenti tramite bonifico bancario direttamente alla Compagnia o all’Intermediario, secondo le modalità ed entro i termini indicati nella Convenzione Collettiva.

Laddove la Compagnia abbia richiesto il pagamento di un Sovrappremio all’esito delle valutazioni di cui all’art. 9, il pagamento dello stesso dovrà avvenire entro 70 (settanta) giorni dalla data di emissione della Scheda di polizza.

In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l’Adesione e le relative coperture restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.

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

In caso di mancato pagamento del Premio per oltre 6 (sei) mesi dalla scadenza la Compagnia ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, la risoluzione del Contratto di assicurazione.

Parte IV – La gestione dei sinistri

Art. 14 – Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Compagnia dell’Evento assicurato.

14.1. Decesso

Entro 30 (trenta) giorni dal decesso il Beneficiario dovrà contattare la Compagnia e produrre i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l’intervenuto decesso, necessari a verificare l’effettiva esistenza dell’obbligo

di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Restano comunque fermi i termini di prescrizione previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

DECESSO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario (allegare documento di identità e codice fiscale del firmatario);
- Certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dal comune di residenza dell'Assicurato;
- Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso dell'Assicurato emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle valutazioni che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. relazione medica sulle cause del decesso, cartella clinica o relazione delle Autorità in caso di incidenti o morti violente, etc).

Il Beneficiario può scegliere di raccogliere e presentare direttamente alla Compagnia tale documentazione o, qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla, può sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Compagnia, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa per suo conto.

In ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione che sia già in suo possesso e coopererà in buona fede con la Compagnia al fine di fare quanto necessario per farla entrare in possesso della documentazione atta a comprovare l'Evento assicurato.

La Compagnia, ricevuta la documentazione di cui sopra, si riserva il diritto di esaminarla entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione, e, laddove la documentazione sia completa e il diritto al pagamento della prestazione possa essere riconosciuto, si impegna a effettuare il pagamento della Somma assicurata entro i successivi 30 (trenta) giorni.

Non sono coperti i decessi avvenuti in una data che non ricada nel Periodo di assicurazione o, comunque, nel periodo di validità della presente Assicurazione.

14.2 Invalidità totale e permanente

Entro 30 (trenta) giorni da quando entra in possesso del verbale di accertamento dello stato di invalidità totale permanente dell'Assicurato emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente, il Beneficiario deve denunciare il Sinistro. Restano comunque fermi i termini di prescrizione previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro sottoscritta dal Beneficiario (allegare documento di identità e codice fiscale del firmatario);
- Copia dei un documento di identità e del codice fiscale in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente dell'Assicurato emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente, dal quale si evinca l'esonero da future visite di revisione;
- Certificato dettagliato, del medico curante dell'Assicurato, sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità, unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri;
- Dichiarazione del datore di lavoro, su carta intestata, che dichiara la data di inizio e la data di fine del rapporto di lavoro con la relativa causale (fatta eccezione per gli Assicurati in quiescenza e per gli Assicurati aderenti come Familiari a carico, qualora non lavoratori dipendenti).

È fatto salvo comunque il diritto dell'Assicurato a richiedere l'accertamento autonomo della Compagnia per tutto l'importo della Somma assicurata. In tal caso l'accertamento condotto prevarrà rispetto ad ogni altro.

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di invalidità totale permanente entro 6 (sei) mesi dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro, ovvero dal giorno della ricezione di tutta la documentazione (se incompleta alla data di denuncia del Sinistro), ed a comunicarne l'esito al Beneficiario.

La Compagnia si impegna ad effettuare il pagamento della Somma assicurata dovuta entro 30 (trenta) giorni dalla data di notifica dell'esito.

Il pagamento della Somma assicurata per invalidità totale permanente estingue ogni pretesa, anche futura, riferibile alla copertura decesso.

Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato equivale, fatti salvi i casi di esclusione di cui all'art. 6 delle presenti Condizioni di assicurazione, ad avvenuto riconoscimento della invalidità. In tal caso la Compagnia corrisponderà al Beneficiario la Somma assicurata secondo le ripartizioni previste dalla legge. Analogamente il riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente derivante da altra causa, che intervenga prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato, equivale ad avvenuto riconoscimento della prima causa di invalidità.

Il riconoscimento del diritto alla Prestazione assicurata deve essere comunque conseguente ad una denuncia di Sinistro che prevede la cessazione del rapporto di lavoro in essere (qualora esistente) in conseguenza dell'invalidità.

AVVERTENZA

Al fine di garantire continuità della copertura assicurativa, la Società:

- a) prenderà in carico i soli casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza, indicata nel verbale di accertamento, sia antecedente l'inizio del Periodo di Assicurazione ma la cui data di definizione, indicata nel suddetto verbale, ricada nel Periodo di Assicurazione, salvo che gli stessi non siano stati già liquidati dall'assicuratore precedente;
- b) escluderà i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza, indicata nel verbale di accertamento, ricada nel Periodo di Assicurazione e la cui data di definizione, indicata nel suddetto verbale, sia successiva al termine del Periodo di Assicurazione.

Art. 15 – Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro

Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata, il Beneficiario dovrà trasmettere la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria correlata all'indirizzo dell'Intermediario tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Al fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento della Somma assicurata e a titolo di servizio alla clientela, la Compagnia è disponibile a mettere a disposizione del Beneficiario un fac-simile del modulo di denuncia di Sinistro.

A partire dalla data di ricezione da parte della Compagnia della denuncia di Sinistro verrà attivata la relativa procedura di accertamento.

Avvertenza: le denunce di Sinistro incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

La Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione della presente Polizza, con particolare riferimento alla fase di erogazione della Somma assicurata, e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di vicinanza alla prova, per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del Sinistro o comunque rilevante ai fini della liquidazione della Somma assicurata.

Parte V – Disposizioni Generali

Art. 16 – Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente

Fatto salvo quanto di seguito previsto con riguardo alle controversie di natura medica, concernenti la misura della prestazione relativa alla copertura invalidità totale e permanente, per la risoluzione di eventuali controversie concernenti la Polizza, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo

dell'Assicurato, a condizione che lo stesso sia qualificabile come "Consumatore" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

In difetto, il foro competente è esclusivamente quello di Milano.

Nel caso di controversie di natura medica, concernenti la misura della prestazione relativa alla copertura invalidità totale e permanente, l'Assicurato od altro soggetto in sua vece ha la facoltà, entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia in merito a tale determinazione, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno A/R spedita alla Compagnia, la decisione di un Collegio arbitrale composto da tre medici, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato in accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo entro 20 (venti) giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo medico sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove avrà sede il Collegio Arbitrale.

Il Collegio Arbitrale risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato e, ove lo ritenga opportuno, potrà esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 (trenta) giorni, come amichevole compositore, senza formalità di procedura ed i risultati delle operazioni devono esser raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Consiglio sono vincolanti per le Parti che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dai medici nel verbale definitivo. Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Art. 17 – Legge applicabile

Alla presente Polizza si applica la legge italiana.

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, si applicano le norme di legge in materia.

Art. 18 – Modifiche contrattuali

La Compagnia si riserva il diritto di modificare unilateralmente le condizioni della Polizza, dandone tempestiva comunicazione scritta al Contraente e all'Aderente, nel caso in cui:

- a) intervengano dei cambiamenti legislativi o regolamentari applicabili al Contratto di assicurazione che siano direttamente applicabili e richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- b) intervengano dei cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto di assicurazione, sulla Compagnia o sul Contraente, che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.

Art. 19 – Modalità di consegna della documentazione informativa

La Compagnia trasmette all'Aderente, per il tramite del Contraente, la documentazione informativa prevista dalla legge su supporto cartaceo o, su richiesta dell'Aderente, su un supporto durevole non cartaceo. L'Aderente potrà richiedere di ricevere la documentazione informativa su supporto durevole fornendo un indirizzo di posta elettronica valido al quale abbia regolarmente accesso.

Nel caso in cui l'Aderente opti per ricevere la documentazione informativa per mezzo di un supporto durevole non cartaceo, esso avrà comunque diritto di ricevere gratuitamente, su richiesta, una copia in formato cartaceo.

Parte VI – Informativa Privacy

Elips Life Ltd, in qualità di titolare del trattamento (in seguito, "Titolare" o anche "Società"), ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") e delle ulteriori norme applicabili (tra cui il Decreto Legislativo 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo 101/2018) informa ciascuna persona fisica cui si riferiscono i dati trattati ("Interessato") circa le modalità, le finalità del trattamento stesso di tali dati a seguito della stipula e/o esecuzione del contratto di assicurazione ("Assicurazione") e/o in sede di denuncia sinistro/liquidazione. La presente informativa è anche pubblicata sul sito della Società. Il Titolare si riserva di aggiornare, in tutto o in parte, la presente informativa. Gli eventuali aggiornamenti saranno pubblicati sul Sito internet della Società.

La presente Informativa viene resa anche nell'interesse del seguente titolare del trattamento: Swiss Re Life Capital Reinsurance Ltd, con sede in Mythenquai 50/60, 8022 Zurigo (CH).

A) Tipologia dei Dati

Il Titolare potrà chiedere che vengano forniti sia dati comuni che categorie particolari di dati personali (i.e. dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, come definite dall'art. 9 GDPR).

In particolare, saranno richiesti tra gli altri i seguenti dati: nominativo, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, recapiti telefonici o telematici (email), etc..

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 dall'Interessato o dai familiari o aventi causa dell'assicurato in fase di denuncia e/o liquidazione del sinistro.

B) Finalità del trattamento dei Dati

I dati personali sono trattati esclusivamente nell'ambito della normale attività assicurativa della Società per le seguenti finalità:

Dati personali:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione dell'Assicurazione, al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- finalità di redistribuzione del Rischio in riassicurazione o coassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative e relative azioni legali;
- finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e controllo.

Categorie particolari di dati:

- finalità di attivazione della copertura assicurativa (ove l'Assicurazione preveda l'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato), nonché di esecuzione dell'Assicurazione e di gestione e liquidazione dei sinistri;
- finalità di redistribuzione del Rischio in riassicurazione o coassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative e relative azioni legali;
- finalità derivanti da obblighi di legge, regolamenti, normativa comunitaria, disposizioni delle competenti Autorità o di organi di vigilanza e controllo.

C) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

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

Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali 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.

D) 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 necessarie ad impedire l'accesso non autorizzato, la perdita o distruzione anche accidentale e in generale il trattamento illecito dei dati, in conformità alle norme vigenti.

Operazioni di trattamento: consistono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nella raccolta, registrazione, organizzazione, elaborazione, conservazione, comunicazione (v. par. f) e, qualora vengano meno i presupposti del trattamento, cancellazione e distruzione dei dati dai supporti sopra descritti.

E) Soggetti o categorie di soggetti a cui i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili del trattamento o soggetti autorizzati (art. 29 GDPR) e ambito di diffusione dei dati in questione

Per le finalità e con le modalità sopra descritte, i dati dell'Interessato possono essere comunicati dalla Società ai seguenti soggetti terzi, in qualità di autonomi titolari del trattamento o designati dalla Società quali responsabili del trattamento:

- 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 Re (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;
- quali responsabili o incaricati del trattamento, i dipendenti e/o collaboratori della Società nell'ambito delle rispettive mansioni, in conformità alle istruzioni loro impartite.

I dati personali trattati non sono oggetto di diffusione.

F) Trasferimento di dati all'estero

I dati dell'Interessato possono essere trasferiti e trattati all'estero, ma soltanto in Paesi dell'Unione europea e/o dello Spazio economico europeo e/o in Paesi che garantiscono un analogo e adeguato livello di protezione dei dati che verranno trasferiti.

G) 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 regolamento.

In ogni caso, il Titolare non conserverà i Suoi dati oltre dieci anni dalla cessazione definitiva e ininterrotta di ogni rapporto con l'interessato.

H) Diritti dell'interessato

L'Interessato può ottenere:

- la conferma dell'esistenza di dati che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- l'indicazione degli estremi identificativi dei titolari e dei responsabili del trattamento, nonché dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano venire a conoscenza;
- l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati, nonché la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco 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 successivamente trattati;
- l'attestazione che le operazioni di cui al punto precedente sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'Interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

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, fax 02 82 9589 09.

La richiesta può essere trasmessa mediante raccomandata, fax o e-mail. Le richieste di cui ai primi tre punti possono essere formulate anche telefonicamente allo 02 8295 8920, chiedendo di essere messi in comunicazione con l'Ufficio Legale il quale, previa verifica dell'identità dell'interessato, fornirà le informazioni richieste.

L'interessato ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati direttamente. Il richiedente che desidera presentare un reclamo deve seguire le istruzioni fornite dall'Autorità Garante sul proprio sito web (www.garanteprivacy.it) o contattare l'Autorità Garante ai seguenti recapiti: Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Monte Citorio 121, 00186 Roma; e-mail garante@gpdp.it; PEC protocollo@pec.gpdp.it; fax 06 696773785.

I) Identificazione del titolare e dei responsabili del trattamento

Il titolare del trattamento è Elips Life Ltd (www.elipslife.com), con sede legale in Landstrasse 40, Triesen (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com, fax 02 82 9589 09. 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.

Parte VII – Glossario

Assicurato/Aderente	Il soggetto assicurato, portatore del rischio ed iscritto al Fondo in via ordinaria o quale Familiare a carico, che aderisce alla presente Polizza collettiva.
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto di assicurazione o si riferisce il rischio oggetto di assicurazione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Adesione	Il rapporto assicurativo che si costituisce tra la Compagnia e l'Aderente, mediante l'adesione di quest'ultimo alla presente Polizza collettiva.
Assicurazione (o Polizza collettiva)	Il contratto di assicurazione collettiva o di gruppo sottoscritto dal Fondo per conto dei propri iscritti, con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la Prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi dell'Evento assicurato.
Beneficiario	Il soggetto che riceve la prestazione prevista dal Contratto assicurativo al verificarsi dell'Evento assicurato. Nel caso specifico il Fondo pensione a contribuzione definita del gruppo Intesa Sanpaolo, iscritto all'albo tenuto presso Covip nella sezione speciale i – fondi preesistenti – al n. 1222.
Compagnia/Società	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd, sede secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Condizioni di assicurazione	Insieme delle clausole che, insieme alla convenzione Collettiva, disciplinano l'Assicurazione e le modalità di Adesione in tutti i suoi aspetti.
Contraente o Fondo	La persona giuridica che stipula il Contratto di assicurazione per conto di una collettività di Assicurati. Nel caso specifico il Fondo pensione a contribuzione definita del gruppo Intesa Sanpaolo, iscritto all'albo tenuto presso Covip nella sezione speciale i – fondi preesistenti – al n. 1222.
Convenzione Collettiva	Il contratto sottoscritto tra il Contraente e la Compagnia che, insieme alle Condizioni di assicurazione, regola i rapporti tra le parti, l'Assicurazione e le modalità di Adesione in tutti i suoi aspetti.
Data di attivazione	Il giorno, riportato nella Scheda di polizza, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
Domicilio	Il domicilio di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.
Età assicurativa	L'Età assicurativa dell'Assicurato viene determinata alla Data di attivazione in anni interi e corrisponde: <ul style="list-style-type: none">• all'età compiuta dall'Assicurato, se non siano trascorsi più di 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno, o• all'età prossima da compiere, se siano trascorsi almeno 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno.
Evento assicurato	Il decesso o l'accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato.
Familiare a carico	Le persone fisiche iscritte al Fondo in qualità di familiari a carico purché maggiorenni e domiciliati nel Territorio italiano.
Intermediario	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Compagnia e che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e

consulenza finalizzate a tale attività. Nel caso di specie il broker Aon S.p.A., n. di iscrizione al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi B000117871.

Modulo di Adesione	Il documento sottoscritto dall'Aderente ai fini dell'Adesione alla Polizza collettiva.
Periodo di assicurazione	Il periodo durante il quale l'Adesione 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 attivazione indicata nella Scheda di polizza.
Premio	Il corrispettivo dovuto dall'Aderente alla Compagnia a fronte delle Prestazioni assicurate.
Questionario anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.
Scheda di polizza	Il documento, rilasciato dalla Compagnia, che attesta l'avvenuta Adesione.
Sinistro	Il verificarsi dell'Evento assicurato per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Somma assicurata o Prestazione assicurata	Il capitale corrisposto dalla Compagnia al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.
Sovrappremio	Maggiorazione di Premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali.
Territorio italiano	Il territorio della Repubblica italiana, comprensivo dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.