

Contratto di assicurazione collettiva in caso di decesso e di invalidità totale e permanente

Le presenti

Condizioni Generali di Assicurazione che
includono l'**Informativa Privacy**

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

**Questo prodotto è in coassicurazione con
Fideuram Vita S.p.A.**



**FIDEURAM
VITA**

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di
Assicurazione.

Data ultimo aggiornamento delle presenti Condizioni di Assicurazione:
Novembre 2023

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: 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.

FIDEURAM VITA S.P.A.

Sede legale: Via Ennio Quirino Visconti 80, 00193 Roma.

PEC: fideuramvita@pec.fideuramvita.it

Capitale sociale euro 357.446.836 i.v.

Codice Fiscale e N. iscrizione al Registro delle imprese di Roma
10830461009, società partecipante al Gruppo IVA "Intesa
Sanpaolo"

Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) - soggetta all'attività
di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.

Indice

Condizioni generali che regolano
l'assicurazione collettiva in caso di
decesso e di invalidità totale e
permanente

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate.....	2
Art. 1 – Oggetto	2
Art. 2 – Assicurati	2
Art. 3 – Beneficiari	3
Art. 4 – Limiti di età	3
Art. 5 – Suicidio	3
Art. 6 – Esclusioni: cosa non è coperto	3
Art. 7 – Sinistro che colpisca più Assicurati: massimali	3
Parte II - Conclusione e durata dell'Adesione, decorrenza delle garanzie assicurative.....	4
Art. 8 – Conclusione del Contratto di assicurazione e durata della garanzia assicurativa	4
Art. 9 – Ingresso e permanenza in Assicurazione.....	4
Art. 10 – Variazioni della popolazione assicurata in corso di contratto	5
Art. 11 – Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati.....	6
Parte III – Il pagamento dei premi.....	7
Art. 12 – Premi di assicurazione.....	7
Art. 13 – Pagamento dei premi e risoluzione del contratto	8
Parte IV – La gestione dei sinistri.....	8
Art. 14 – Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Società dell'Evento assicurato.	8
Art. 15 – Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro	10
Parte V – Disposizioni Generali.....	10
Art. 16 – Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente	10
Art. 17 – Legge applicabile.....	11
Art. 18 – Modifiche contrattuali	11
Art. 19 – Modalità di consegna della documentazione informativa ..	11
Parte VI – Informativa Privacy.....	11
Parte VII – Glossario.....	15

Il presente contratto descrive nel dettaglio le caratteristiche della Polizza collettiva sottoscritta dal FONDO PENSIONE a CONTRIBUZIONE DEFINITA del GRUPPO INTESA SANPAOLO in qualità di Contraente e le coperture a cui gli Assicurati accedono, incluse le esclusioni e limitazioni applicabili.

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate

Art. 1 – Oggetto

Il presente Contratto di assicurazione collettiva, a Premio unico mono-annuale, è emesso a copertura del rischio di decesso e di invalidità totale e permanente da ogni causa (malattia o infortunio) degli Assicurati.

Il Contratto di assicurazione in particolare presuppone:

- un unico Contraente, una pluralità di Assicurati ed un unico Contratto di assicurazione;
- la copertura di categorie di Assicurati nella loro totalità;
- la determinazione della Somma assicurata, per ogni testa, in base a criteri uniformi indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

Sulla base delle presenti Condizioni di assicurazione, e ferme comunque restando le cause di esclusione, le condizioni di assicurabilità e le Somme Assicurate previste, il Contratto di assicurazione 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 il Contraente sia in regola con il pagamento dei Premi e l'Assicurato sia stato incluso in Assicurazione. L'importo della Somma assicurata è determinato in conformità ai CCNL, ai regolamenti e/o accordi integrativi aziendali in vigore ed è indicato, per ciascun Assicurato nell'Anagrafica predisposta dal Contraente.

La Somma assicurata massima ai sensi della presente copertura per ciascun Assicurato iscritto al Fondo è di EUR 150.000 (centocinquantamila).

La Somma assicurata massima per ciascun Assicurato iscritto in via ordinaria al Fondo, da intendersi quale somma complessiva degli importi assicurati nell'ambito di tutte le polizze in essere tra la Compagnia e il Contraente (incluso quindi quanto previsto per gli aderenti alla polizza Collettiva Volontaria), non potrà in ogni caso superare l'importo massimo di EUR 400.000 (quattrocentomila).

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.

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 – Assicurati

L'Assicurazione può essere prestata a favore dei lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), dei soggetti che ricoprano una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci etc.) e dei collaboratori, attuali e futuri, iscritti in via ordinaria al Fondo per il tramite del proprio Datore di lavoro.

Salvo diversa previsione riportata nelle Polizze, l'Assicurazione si intende prestata esclusivamente a favore di Assicurati domiciliati all'interno del Territorio italiano. L'Adesione alla Polizza collettiva di iscritti al Fondo, dipendenti delle Società del Gruppo Intesa Sanpaolo, a cui si applica il CCNL del credito e che sono retribuiti da Intesa Sanpaolo, che per ragioni di servizio lavorano in paesi esteri verrà valutata caso per caso dalla Compagnia su segnalazione del Contraente.

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 alla presente Assicurazione 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 Società.

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 inclusione 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:

- Dolo del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- 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;
- 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 Società (e la Coassicuratrice) 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). Tale importo massimo si intende riferito cumulativamente a tutte le polizze sottoscritte dal Fondo con la Compagnia (e la Coassicuratrice).

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 – Conclusione del Contratto di assicurazione e durata della garanzia assicurativa

Il Contratto di assicurazione si intende concluso nel momento in cui la Società riceve il Certificato di assicurazione sottoscritto dal Contraente per accettazione.

Il Contratto di assicurazione decorre dalla Data di decorrenza indicata nella **Polizza emessa dalla Società**, ha durata mono-annuale e si rinnova tacitamente alla scadenza, di anno in anno, salvo disdetta da comunicarsi a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza. Sono fatti salvi gli eventuali diversi termini di durata e disdetta concordati per iscritto tra il Contraente e la Società (e la Coassicuratrice).

Il Contraente è tenuto a versare il Premio secondo le modalità e i termini indicati nel Certificato di assicurazione e agli artt. 14 e 15 delle presenti Condizioni generali: **in caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'Assicurazione 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.**

Salvo diversa previsione, per ciascun Assicurato, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 della Data di inclusione, fermo restando il caso di sospensione delle coperture per mancato pagamento del Premio entro i termini stabiliti dal Contratto di assicurazione.

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

Con riferimento a ciascun Assicurato, l'Assicurazione cessa:

- il giorno di risoluzione, per qualsivoglia motivo, del rapporto di lavoro e/o di collaborazione intercorrente tra l'Assicurato e il Datore di lavoro;
- al termine del Periodo di assicurazione, salvo rinnovo;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato;
- 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 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. 9 – Ingresso e permanenza in Assicurazione

L'attivazione delle coperture assicurative per ciascun Assicurato è subordinata:

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti, come indicato all'art. 11 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- al corretto pagamento del Premio;
- nei soli casi previsti dalla legge, alla presentazione del consenso sottoscritto dall'Assicurato ai sensi dell'art. 1919, comma 2 del Codice Civile, attraverso la sottoscrizione del modulo reso disponibile dalla Società.

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.

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

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

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

- fornire alla Società l'Anagrafica secondo le modalità con questa concordate;
- consegnare agli Assicurati copia delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- consegnare agli Assicurati ogni altro documento previsto dal Contratto di assicurazione;
- consegnare alla Società ogni documento da questa richiesto e necessario per l'inserimento in copertura degli Assicurati.

Al fine di consentire un'esatta valutazione dei rischi e di individuare la Somma assicurata, il Contraente dovrà comunicare alla Società (e alla Coassicuratrice) l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita e/o sugli infortuni a copertura degli Assicurati, stipulata dallo stesso Contraente o di cui lo stesso sia a conoscenza.

Le suddette comunicazioni a carico del Contraente devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione.

Nei casi in cui l'Assicurazione non sia stata disdettata da una delle Parti, al fine di consentirne il relativo rinnovo, il Contraente si impegna a comunicare alla Società (e alla Coassicuratrice), entro 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza annuale dell'Assicurazione, ogni variazione rilevante intervenuta rispetto alla propria struttura societaria e alla popolazione assicurata, così come le eventuali modifiche da apportare alla Polizza in conformità di CCNL di categoria, di regolamenti e/o accordi integrativi aziendali in vigore.

Art. 10 – Variazioni della popolazione assicurata in corso di contratto

Per gli Assicurati inclusi in copertura successivamente alla Data di decorrenza dell'Assicurazione si applicherà un rateo di Premio determinato riducendo il relativo Premio annuo in proporzione alla durata del Periodo di assicurazione relativo al singolo Assicurato subentrante, calcolato in 360esimi.

In caso di uscite di Assicurati in corso di contratto per cause diverse dal decesso e dall'invalidità totale e permanente, sarà rimborsato il rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto.

In entrambi i casi si applicheranno le seguenti regole operative:

- entro 10 (dieci) giorni dalla fine di ciascun mese il Contraente trasmette alla Società l'Anagrafica aggiornata della popolazione assicurata, evidenziando ogni variazione in entrata e in uscita riferibile al mese stesso;
- sulla base di tale Anagrafica aggiornata, la Società emette le relative appendici di variazione e di regolazione del Premio;
- per tutte le inclusioni in copertura, la Società applica un rateo di Premio calcolato come sopra;
- le regolazioni di Premio derivanti dalle variazioni in aumento della popolazione assicurata in corso di contratto vengono effettuate dal Contraente entro 30 (trenta) giorni dalla fine di ciascun mese. **In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, le coperture assicurative degli Assicurati entranti restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio.** Fatti salvi i casi di sospensione per mancato pagamento del Premio nei termini previsti dall'Assicurazione, le coperture per ciascun Assicurato decorrono dalle ore 00:00 della Data di inclusione in copertura e terminano alle ore 24:00 della data indicata nella Polizza e nelle relative appendici;
- ogni variazione in uscita degli Assicurati deve essere richiesta per iscritto dal Contraente. Per gli Assicurati uscenti le coperture assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno in cui si è verificata la situazione che ha comportato la cessazione della copertura comunicata dal Contraente (es. risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarichi ecc.). Nel caso di variazioni in uscita, la Società rimborsa al Contraente il rateo di Premio non goduto, calcolato come sopra, entro 30 (trenta) giorni dalla fine di ciascun mese.

Art. 11 – Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati

Ai fini dell'attivazione delle coperture assicurative è previsto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto di seguito riportato.

PROCEDURA DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO	
Rischi provenienti da altre compagnie assicurative	Nuovi rischi NON provenienti da altre compagnie assicurative
<p><u>Per i rischi provenienti da altre compagnie, la Società prevede un'assunzione diretta e in continuità degli Assicurati, secondo le seguenti modalità:</u></p> <p>a) <u>laddove esistenti, saranno mantenuti gli eventuali Sovrappremi e le limitazioni/esclusioni ad personam già applicate;</u></p> <p>b) <u>sui nuovi ingressi troveranno applicazione le regole previste dalla procedura assuntiva per nuovi rischi di cui alla lettera B) del presente articolo.</u></p>	<p>In caso di assunzione di nuovi rischi che non provengano da altre compagnie assicurative, <u>la condizione di Dipendente attivamente al lavoro certificata dal Contraente o dal Datore di lavoro associato rappresenta un requisito indispensabile perché un Assicurato possa essere assunto in copertura.</u></p> <p>In mancanza di tale requisito, la Società si riserva il diritto di accettare l'assunzione in copertura dell'Assicurato alternativamente:</p> <p>a) dalle ore 00:00 del primo giorno in cui quest'ultimo ritorni ad essere un Dipendente attivamente al lavoro, condizione che deve essere certificata dal Contraente o dal Datore di lavoro associato; oppure</p> <p>b) esclusivamente in seguito ad una preventiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, richiedendo a tal fine la compilazione del Questionario Anamnestico.</p> <p><u>Ai fini dell'attivazione di una copertura assicurativa per Somme assicurate superiori all'importo massimo di EUR 250.000, da intendersi quale somma complessiva degli importi assicurati nell'ambito di tutte le polizze in essere tra la Compagnia e il Contraente (incluso quindi quanto previsto per gli aderenti alla polizza Collettiva Volontaria), anche in presenza di una certificazione di stato di Dipendente attivamente al lavoro, è sempre previsto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, secondo quanto comunicato di volta in volta dalla Società, con possibile applicazione di Sovrappremi o di limitazioni/esclusioni ad personam.</u></p>
<p><u>Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati, il cui onere resta a totale carico dell'Assicurato, 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 Società si riserva il diritto di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute dell'Assicurato, dandone pronta comunicazione all'Assicurato.</u></p>	

In relazione alle prestazioni previste dal presente Contratto di assicurazione, qualora sia richiesta la compilazione di documentazione concernente lo stato di salute dell'Assicurato, il Contraente prende atto delle seguenti avvertenze, che si impegna a sua volta a richiamare all'attenzione degli Assicurati:

- 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 della dichiarazione di buono stato di salute o del Questionario Anamnestico (ove richiesti) 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.

La Società si riserva – anche in relazione alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di Assicurati ed all'entità delle Somme assicurate – il diritto di richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari.

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.

Esaminata tale documentazione, la Società 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 Polizza e la Società provvederà a calcolare e a comunicare al Contraente il relativo Sovrappremio dovuto e/o l'assunzione del rischio con delle limitazioni/esclusioni ad personam. La Compagnia comunicherà altresì all'Assicurato le eventuali limitazioni/esclusioni ad personam della copertura. L'eventuale Sovrappremio dovrà essere corrisposto dal Contraente alla prima data utile, secondo il calendario delle future regolazioni convenute con la Società.

Qualora l'Assicurato venga sottoposto ad accertamenti sanitari e la Compagnia rifiuti di prestare la Somma assicurata richiesta ovvero qualora l'Assicurato rigetti l'eventuale richiesta di applicazione di un Sovrappremio e/o di limitazioni/esclusioni ad personam, la copertura proseguirà per la Somma assicurata massima prevista dalla Convenzione Collettiva.

Parte III – Il pagamento dei premi

Art. 12 – Premi di assicurazione

Il Premio, dovuto dal Contraente per ciascun Assicurato è determinato secondo i tassi riportati nella Convenzione Collettiva. I tassi di tariffa sono espressi in millesimi (i.e., premio in Euro per mille Euro di Somma assicurata) e variano in funzione del sesso e dell'Età assicurativa dell'Assicurato alla Data di inclusione.

Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato di anno in anno sulla base del corrispondente tasso di tariffa moltiplicato per la Somma assicurata.

La Società calcola il Premio annuale a carico del Contraente sulla base dell'Anagrafica ricevuta ed emette la Polizza entro 30 (trenta) giorni.

Periodicamente la Società provvede a calcolare le variazioni del Premio a carico del Contraente, emettendo le relative appendici di Polizza, sulla base delle variazioni in entrata e in uscita della popolazione assicurata, secondo i termini e le modalità indicate all'art. 10 delle presenti Condizioni generali.

Art. 13 – Pagamento dei premi e risoluzione del contratto

Il Premio è sempre determinato per Periodi di assicurazione di un anno salvo il caso di Contratti assicurativi di durata inferiore, ed è interamente dovuto.

Il Contraente è tenuto a pagare il Premio tramite bonifico bancario all'Intermediario, secondo le modalità ed entro i termini indicati nel Certificato di assicurazione e nelle relative appendici.

In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'Assicurazione 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 Società.

Rispetto a ciascuna scadenza, la Società concede al Contraente un termine di tolleranza di 60 (sessanta) giorni, trascorso il quale sono dovuti gli interessi legali.

In caso di mancato pagamento del Premio per oltre 6 (sei) mesi dalla scadenza la Società 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 Società dell'Evento assicurato.

14.1. Decesso

Entro 30 (trenta) giorni dal decesso il Beneficiario dovrà contattare la Società 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, 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 Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle valutazioni che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. relazione medica sulle cause del decesso, cartella clinica o relazione delle Autorità in caso di incidenti o morti violente, etc).

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

In ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione che sia già in suo possesso 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 Società, 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 l'Assicurato entra in possesso del verbale di accertamento dello stato di invalidità totale permanente emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente 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 di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia del verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente 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.

Per Somme assicurate superiori a quanto previsto dal CCNL, dal regolamento e/o dall'accordo integrativo aziendale di riferimento, la Società, ricevuta la documentazione di cui sopra, si riserva il diritto di procedere con l'accertamento autonomo dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato con spese a carico di quest'ultimo. Tale accertamento prevarrà rispetto ad ogni altro, compresa la pronuncia dell'INPS, dell'INAIL o di altro ente competente. E' fatto salvo comunque il diritto dell'Assicurato a richiedere l'accertamento autonomo della Compagnia per tutta la Somma assicurata. Anche in tal caso l'accertamento condotto prevarrà rispetto ad ogni altro.

La Società 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 all'Assicurato.

La Società 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. 7 delle presenti Condizioni di Assicurazione, ad avvenuto riconoscimento della invalidità. In tal caso la Società corrisponderà agli aventi diritto 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.

Avvertenza

Al fine di garantire la continuità della copertura assicurativa ad Assicurati con altre polizze in essere contro i rischi decesso e invalidità totale e permanente sottoscritte o disciplinate tramite convenzioni/accordi con il Fondo, la Società:

- a) **prenderà in carico i 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 prevista dal Contratto, il Beneficiario dovrà trasmettere la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria correlata 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 Società 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 Società della denuncia di Sinistro verrà attivata la relativa procedura di accertamento.

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

Avvertenza: i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Società.

La Società e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del Contratto, 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 il Contratto, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che gli stessi siano qualificabili come "Consumatori" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

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 Società in merito a tale determinazione, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno A/R spedita alla Società, 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

Al presente Contratto di assicurazione 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 Società si riserva il diritto di modificare unilateralmente le condizioni del presente Contratto di assicurazione, dandone tempestiva comunicazione scritta al Contraente, nel caso in cui:

- a) intervengano dei cambiamenti legislativi o regolamentari applicabili al Contratto di assicurazione che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- b) intervengano dei cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto di assicurazione, sulla Società, sulla Coassicuratrice o sul Contraente che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- c) intervengano dei cambiamenti nei CCNL di categoria o nei regolamenti e/o accordi integrativi aziendali che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.

Art. 19 – Modalità di consegna della documentazione informativa

La Società trasmette al Contraente la documentazione informativa prevista dalla legge su supporto cartaceo o, su richiesta del Contraente, su un supporto durevole non cartaceo fornendo un indirizzo di posta elettronica valido al quale abbia regolarmente accesso.

Nel caso in cui il Contraente opti per ricevere la per mezzo di un supporto durevole non cartaceo, esso avrà comunque diritto di ricevere gratuitamente, su richiesta, una copia in formato cartaceo.

Gli Assicurati hanno diritto di ricevere gratuitamente una copia della documentazione precontrattuale e contrattuale che verrà loro consegnata dalla Società, su richiesta, attraverso la collaborazione del Contraente.

Parte VI – Informativa Privacy

Elips Life Ltd, in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche solo “Elips Life”, il “Titolare” o la “Società”), ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito anche solo il “Regolamento” o il “GDPR”) informa ciascuna persona fisica cui si riferiscono i dati trattati (“Interessato”) circa le modalità e le finalità del trattamento di tali dati 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, con sede legale in Gewer- beweg 15, 9490 Vaduz (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com, 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

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



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

J) Responsabile della Protezione dei Dati

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

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

Il Titolare del trattamento

Elips Life Ltd

Parte VII – Glossario

Anagrafica	L'elenco della popolazione assicurata per la quale si richiede la copertura, redatto a cura del Contraente e trasmesso alla Società.
Appendice	Il documento che forma parte integrante del Contratto di assicurazione e che viene emesso unitamente o in seguito al Certificato di Polizza per modificarne alcuni aspetti.
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto di assicurazione.
Assicurazione (o Contratto di assicurazione o Polizza collettiva)	Il contratto di assicurazione collettiva o di gruppo sottoscritto dal Fondo per conto dei propri iscritti, con il quale la Società e la Coassicuratrice, a fronte del pagamento del Premio, si impegnano 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.
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
Certificato (o Scheda) di polizza	Il documento, rilasciato dalla Compagnia, che attesta l'avvenuta Adesione.
Coassicuratrice	La compagnia di assicurazione Fideuram Vita Spa con la quale il Contraente, insieme alla Compagnia Elips Life Ltd, stipula il Contratto di assicurazione.
Condizioni di Assicurazione	Insieme delle clausole che, insieme alla convenzione Collettiva, disciplinano il Contratto di assicurazione 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.
Contratto di coassicurazione	Contratto di assicurazione in cui più compagnie si accordano per intervenire nella copertura del medesimo rischio.
Convenzione Collettiva	Il contratto sottoscritto tra il Contraente, la Coassicuratrice 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 decorrenza	Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue appendici, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
Data di inclusione	Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue Appendici, in cui il singolo Assicurato viene messo in copertura. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.
Datore di lavoro	La società o l'ente, con il quale l'Assicurato intrattiene un rapporto di lavoro, e per il tramite del quale avviene l'iscrizione al Fondo.
Dipendente attivamente al lavoro	(Applicabile solo per l'assunzione di <u>nuovi rischi non provenienti da altri assicuratori</u>). Un dipendente è considerato "attivamente al lavoro" se non è stato inabile al lavoro per più di 20 (venti) giorni consecutivi per motivi di malattia, infortunio

o cura/riabilitazione, nel corso degli ultimi 6 (sei) mesi antecedenti la Data di inclusione.

Un collaboratore e/o esponente aziendale è considerato “attivamente al lavoro” se non è stato inabile al lavoro per più di 5 (cinque) giorni nel mese precedente alla Data di inclusione.

Un nuovo dipendente, collaboratore e/o esponente aziendale, è da considerarsi attivamente al lavoro se non è inabile al lavoro alla Data di inclusione.

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 inclusione 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.
Intermediario	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Società (e la Coassicuratrice) 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.
Periodo di assicurazione	Il periodo durante il quale il Contratto di assicurazione è efficace e le coperture sono operanti, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse. Se non diversamente specificato, per ciascun assicurato il Periodo di assicurazione decorre dalla Data di inclusione e termina alla data indicata nel Certificato di assicurazione.
Premio	Il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società (e alla Coassicuratrice) a fronte delle Prestazioni assicurate.
Questionario anamnestico	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.
Sinistro	Il verificarsi dell'Evento assicurato per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società/Compagnia	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd Sede Secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Somma assicurata o Prestazione assicurata	Il capitale corrisposto dalla Società al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.
Sovrappremio	Maggiorazione di Premio richiesta dalla Società 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.