

## Contratto di assicurazione collettiva ad adesione individuale 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.**



### **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](mailto:elipslife@pec.elipslife.com)

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

R.E.A.: MI – 2126819

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

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

Società con socio unico.

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

#### **FIDEURAM VITA S.P.A.**

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

PEC: [fideuramvita@pec.fideuramvita.it](mailto: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 di assicurazione che regolano  
l'assicurazione collettiva ad adesione  
individuale in caso di decesso e di  
invalidità totale e permanente

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

**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), 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 Obbligatoria), 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 – 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. 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.

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 81 (ottantuno) 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 (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 (e la Coassicuratrice) 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 nel Certificato di polizza emesso 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, dalla Compagnia e dalla Coassicuratrice 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, ad eccezione dei casi di modifica del capitale assicurato e della tipologia di prestazione (da morte a morte e invalidità permanente e viceversa). In questi ultimi casi e nel caso di iscritti al Fondo non aderenti alla precedente polizza, l'assunzione dei rischi alla Polizza collettiva avviene previa sottoscrizione da parte dell'Aderente dei seguenti moduli:

- 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

- scelga un capitale superiore a EUR 250.000, oppure
- non sia in grado di sottoscrivere la dichiarazione di buono stato di salute di cui al Modulo B, oppure
- aumenti il capitale fino ad importi cumulativi superiori a EUR 250.000 (inteso quale somma complessiva degli importi assicurati nell'ambito di tutte le polizze in essere tra la Compagnia e il Contraente, incluso quindi il capitale assicurato dalla polizza Collettiva Obbligatoria)

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 nel Certificato 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 del Certificato 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](mailto: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 del sesso e 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 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 del Certificato 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 di 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.



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.

#### **AVVERTENZA**

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

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

### A) Titolare del trattamento

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

### B) Tipologia di Dati trattati

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

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

### C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

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

- 1) finalità strettamente connesse e strumentali all’offerta, conclusione ed esecuzione dell’Assicurazione, alla riassicurazione od eventuale coassicurazione, al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR, ovvero nell’esecuzione del Contratto e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato. Ove l’Assicurazione preveda l’accertamento delle condizioni di salute dell’Assicurato, il Titolare richiederà il consenso esplicito dello stesso Assicurato al trattamento dei Dati particolari (ad es. dati sulla salute) che lo riguardano. Il trattamento di tali Dati trova, pertanto, fondamento nell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR;
- 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 in qualità di responsabili del trattamento e ambito di diffusione dei Dati**

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

- altri soggetti del settore assicurativo che collaborano con la Società quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori e distributori;
- soggetti dei quali la Società si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale (e.g. consulenti informatici, esperti, consulenti legali, consulenti fiscali, medici, revisori dei conti ecc.);
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione dell'Assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro (e.g. liquidatori, periti, società di gestione degli archivi, call center, help desk ecc.);
- organismi associativi e/o consortili propri del settore assicurativo ai quali la Società è iscritta (es. ANIA);
- altre società del Gruppo Swiss Life (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- soggetti nei cui confronti la comunicazione dei Dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Finanzmarktaufsicht (FMA), IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine.

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

I Dati Personali trattati non sono oggetto di diffusione.

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

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

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

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

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

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

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

- diritto di accesso ai Dati Personali ed alle seguenti informazioni: a) le finalità del trattamento; b) le categorie di Dati Personali trattati; c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i Dati Personali sono stati o saranno comunicati; d) il periodo di conservazione dei Dati o, laddove non sia possibile, i criteri utilizzati per

determinarlo; e) l'esistenza dei diritti di rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento e opposizione; f) l'esistenza del diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo; g) qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, le informazioni disponibili sulla loro origine; h) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e le informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze di tale trattamento per l'Interessato;

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

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



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

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



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

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

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

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

## **II Titolare del trattamento**

Elips Life Ltd

## Parte VII – Glossario

<b>Assicurato/Aderente</b>	Il soggetto assicurato, portatore del rischio ed iscritto al Fondo in via ordinaria o quale Familiare a carico, che aderisce alla presente Polizza collettiva.
<b>Assicurato</b>	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.
<b>Adesione</b>	Il rapporto assicurativo che si costituisce tra la Compagnia (e la Coassicuratrice) e l'Aderente, mediante l'adesione di quest'ultimo alla presente Polizza collettiva.
<b>Assicurazione (o Polizza collettiva)</b>	Il contratto di assicurazione collettiva o di gruppo sottoscritto dal Fondo per conto dei propri iscritti, con il quale la Compagnia 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.
<b>Beneficiario</b>	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.
<b>Certificato (o Scheda) di polizza</b>	Il documento, rilasciato dalla Compagnia, che attesta l'avvenuta Adesione.
<b>Coassicuratrice</b>	La compagnia di assicurazione Fideuram Vita Spa con la quale il Contraente, insieme alla Compagnia Elips Life Ltd, stipula il Contratto di assicurazione.
<b>Compagnia/Società</b>	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd, sede secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
<b>Condizioni di Assicurazione</b>	Insieme delle clausole che, insieme alla convenzione Collettiva, disciplinano l'Assicurazione e le modalità di Adesione in tutti i suoi aspetti.
<b>Contraente o Fondo</b>	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.
<b>Contratto di coassicurazione</b>	Contratto di assicurazione in cui più compagnie si accordano per intervenire nella copertura del medesimo rischio.
<b>Convenzione Collettiva</b>	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.
<b>Data di attivazione</b>	Il giorno, riportato nel Certificato di polizza, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
<b>Domicilio</b>	Il domicilio di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.
<b>Età assicurativa</b>	L'Età assicurativa dell'Assicurato viene determinata alla Data di attivazione in anni interi e corrisponde: <ul style="list-style-type: none"><li>• all'età compiuta dall'Assicurato, se non siano trascorsi più di 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno, o</li><li>• all'età prossima da compiere, se siano trascorsi almeno 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno.</li></ul>

<b>Evento assicurato</b>	Il decesso o l'accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato.
<b>Familiare a carico</b>	Le persone fisiche iscritte al Fondo in qualità di familiari a carico purché maggiorenni e domiciliati nel Territorio italiano.
<b>Intermediario</b>	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Compagnia (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. Nel caso di specie il broker Aon S.p.A., n. di iscrizione al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi B000117871.
<b>Modulo di Adesione</b>	Il documento sottoscritto dall'Aderente ai fini dell'Adesione alla Polizza collettiva.
<b>Periodo di assicurazione</b>	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 nel Certificato di polizza.
<b>Premio</b>	Il corrispettivo dovuto dall'Aderente alla Compagnia (e alla Coassicuratrice) a fronte delle Prestazioni assicurate.
<b>Questionario anamnestico</b>	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.
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi dell'Evento assicurato per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Somma assicurata o Prestazione assicurata</b>	Il capitale corrisposto dalla Compagnia al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.
<b>Sovrappremio</b>	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.
<b>Territorio italiano</b>	Il territorio della Repubblica italiana, comprensivo dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.