

Contratto di assicurazione collettiva “Mediolanum Capitale KeyPeople”



Il presente Set Informativo, composto di:

- **DIP Vita**
- **DIP Danni**
- **DIP Aggiuntivo Multirischio**
- **Condizioni di Assicurazione**

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

AVVERTENZA - Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo: Luglio 2023

Set Informativo redatto secondo le “Linee guida del Tavolo tecnico ANIA ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari” del 6 febbraio 2018.

Assicurazione Collettiva multirischi

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Prodotto: Mediolanum Capitale KeyPeople
Compagnia: Elips Life Ltd | Sede secondaria Via San Prospero, 1 | 20121 Milano

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono contenute nelle Condizioni di Assicurazione e riportate in Polizza. I termini e le definizioni contenute nel DIP Vita sono come da Glossario delle Condizioni di Assicurazione.

Che tipo di assicurazione è?

Le garanzie vita previste dal Contratto di assicurazione, congiuntamente alla garanzia danni per inabilità totale temporanea, sono emesse a copertura del rischio di decesso, invalidità totale e permanente da ogni causa (malattia o infortunio) che colpisca il Key Man dell'Azienda Aderente e che possa compromettere la continuità del business.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Combinazione Life: decesso da ogni causa (malattia o infortunio) degli Assicurati;
- ✓ Combinazione Full: decesso e invalidità totale permanente da ogni causa (malattia o infortunio) degli Assicurati.

L'Assicurazione prevede l'erogazione della prestazione in forma di capitale, liquidato al Beneficiari in un'unica soluzione.

Nel rispetto dei massimali l'importo della prestazione è quello indicato dall'Azienda Aderente al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ 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.);
- ✗ Infortuni antecedenti alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione;
- ✗ Malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note e diagnosticate all'Assicurato e non dichiarate al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione;
- ✗ Limitatamente alle coperture invalidità totale e permanente e inabilità totale e temporanea: malattie e/o conseguenze invalidanti precedentemente riconosciute;
- ✗ Malattie mentali, per esse intendendosi eventi cronici quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo (depressione grave, disturbi legati ad amnesia, schizofrenia, disturbi quali bipolarismo, anoressia ecc.);
- ✗ Svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali (privati e non); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli in genere; svolgimento delle attività di trapezista, stuntman, minatore, lavoro nel sottosuolo, attività subacquee, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, servizi di vigilanza armata a qualsiasi titolo.
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- ✗ Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- ✗ Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), speleologia, partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), sport subacquei (immersioni con utilizzo di respiratore o autorespiratore), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico;
- ✗ ogni pratica/attività sportiva (diversa dalle attività di cui alla lettera m) che precede a carattere ricreativo con percezione di compenso, anche a mero titolo di rimborso spese;
- ✗ limitatamente ai casi di Invalidità totale e permanente, sono esclusi dalla copertura i soggetti ai quali, in epoca antecedente al momento dell'ingresso in assicurazione, sia già stato riconosciuto, da parte dell'INPS in ambito previdenziale, la pensione di inabilità o in subordine l'assegno di invalidità



Ci sono limiti di copertura?

- ! Azienda Aderente con sede legale non in Italia
- ! Azienda Aderente appartenente ai seguenti settori: i) sanità e assistenza sociale (ad eccezione del codice ateco 86.2 – Servizi

degli studi medici e odontoiatrici); ii) fabbricazione di armi e munizioni; iii) difesa nazionale e servizi collettivi delle amministrazioni pubbliche; iv) servizi di vigilanza e investigazione

- ! Assicurato che non ricopra presso l'Azienda Aderente il ruolo di Key Man
- ! Età a scadenza degli Assicurati: Opzione Life > a 75 anni; Opzione Full > 66
- ! Limiti catastrofali:
 - (i) Assicurati riferibili alla stessa Azienda Aderente: massimo 5 eventi coperti per annualità assicurativa per un importo massimo di EUR 5.000.000 (cinque milioni);
 - (ii) nel caso in cui l'evento dovesse colpire più Assicurati impiegati presso diverse Aziende Aderenti: importo massimo totale di € 10.000.000 (dieci milioni).
- ! Preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione ha validità per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Eventuali modifiche riguardanti il profilo delle Aziende Aderenti e degli Assicurati intervenute in corso di contratto dovranno essere comunicate tempestivamente alla Società.
- Entro 30 gg dal decesso il Beneficiario dovrà trasmettere alla Società i seguenti documenti: denuncia di sinistro; certificato di morte dell'Assicurato; modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso o certificato medico attestante la causa del decesso. Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'Evento assicurato, della carica del Key Man presso l'Azienda Associata. In caso di invalidità totale permanente: copia del verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente o 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.



Quando e come devo pagare?

Il premio o una sua rata deve essere pagato dal Contraente a mezzo bonifico bancario entro 30 (trenta giorni) dall'emissione della Polizza direttamente alla Società o all'Intermediario. Se il Contraente non paga il premio o una delle sue rate, la copertura assicurativa resta sospesa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Contratto di assicurazione decorre dalla data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata annuale e si rinnova tacitamente a scadenza, salvo disdetta. Il Contratto si intende concluso con l'accettazione da parte del Contraente della Proposta di Assicurazione.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca: l'Azienda Aderente può revocare la proposta di Adesione finché il Contratto non sia concluso dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Recesso: l'Azienda Aderente ha 30 giorni di tempo dalla Data di decorrenza per esercitare il diritto di recesso per ripensamento dalla propria adesione alla Polizza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente. In caso di recesso la Compagnia procederà a rimborsare all'Azienda Aderente per il tramite del Contraente il Premio pagato e non goduta, al netto del costo di emissione, delle eventuali imposte governative e del costo degli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assunto eventualmente già sostenuti.

Disdetta: ciascuna delle parti potrà disdire la Polizza, dandone comunicazione scritta all'altra parte a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Assicurazione collettiva multirischi

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Prodotto: Mediolanum Capitale KeyPeople
Compagnia: Elips Life Ltd | Sede secondaria: Via San Prospero, 1 | 20121 Milano



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono contenute nelle Condizioni di Assicurazione e riportate in Polizza. I termini e le definizioni contenute nel DIP Danni sono come da Glossario delle Condizioni di Assicurazione

Che tipo di assicurazione è?

La garanzia danni prevista dal Contratto di assicurazione, congiuntamente alle garanzie vita decesso e invalidità totale e permanente è emessa a copertura del rischio di inabilità totale temporanea che colpisca il Key Man dell'Azienda Aderente e che possa compromettere la continuità del business. Tale garanzia è sottoscrivibile unicamente attivando l'opzione Full.



Che cosa è assicurato?

✓ Opzione Full: inabilità totale temporanea

L'indennizzo corrisposto in caso di inabilità totale e temporanea dell'Assicurato è pari allo 0,50% (zero virgola cinquanta per cento) con il massimo di € 5.000,00 (cinquemila) della Somma assicurata in caso di decesso quale indennizzo mensile, con un massimo per Assicurato di 12 (dodici) indennizzi mensili per Sinistro e 24 (ventiquattro) indennizzi mensili per l'intera durata dell'Assicurazione rinnovi inclusi



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ 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.);
- ✗ Infortuni antecedenti alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione;
- ✗ Malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note e diagnosticate all'Assicurato e non dichiarate al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione;
- ✗ Malattie e/o conseguenze invalidanti precedentemente riconosciute;
- ✗ Malattie mentali, per esse intendendosi eventi cronici quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo (depressione grave, disturbi legati ad amnesia, schizofrenia, disturbi quali bipolarismo, anoressia ecc.);
- ✗ Svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali (privati e non); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli in genere; svolgimento delle attività di trapezista, stuntman, minatore, lavoro nel sottosuolo, attività subacquee, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, servizi di vigilanza armata a qualsiasi titolo.
- ✗ Partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- ✗ Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- ✗ Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. - Unione Italiana Associazioni Alpine), speleologia, partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), sport subacquei (immersioni con utilizzo di respiratore o autorespiratore), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico;
- ✗ Ogni pratica/attività sportiva (diversa dalle attività di cui alla lettera m) che precede) a carattere ricreativo con percezione di compenso, anche a mero titolo di rimborso spese.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Azienda Aderente con sede legale non in Italia
- ! Azienda Aderente appartenente ai seguenti settori: i) sanità e assistenza sociale (ad eccezione del codice ateco 86.2 – Servizi degli studi medici e odontoiatrici); ii) fabbricazione di armi e munizioni; iii) difesa nazionale e servizi collettivi delle amministrazioni pubbliche; iv) servizi di vigilanza e investigazione
- ! Assicurato che non ricopra presso l'Azienda Aderente il ruolo di Key Man
- ! Età a scadenza degli Assicurati: Opzione Life > a 75 anni; Opzione Full > 66
- ! Limiti catastrofali:
 - (i) Assicurati riferibili alla stessa Azienda Aderente: massimo 5 eventi coperti per annualità assicurativa per un importo massimo di EUR 5.000.000 (cinque milioni);
 - (ii) nel caso in cui l'evento dovesse colpire più Assicurati impiegati presso diverse Aziende Aderenti: importo massimo totale di € 10.000.000 (dieci milioni).
- ! Preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione ha validità per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Eventuali modifiche riguardanti il profilo delle Aziende Aderenti e degli Assicurati intervenute in corso di contratto dovranno essere comunicate tempestivamente alla Società.
- Entro 30 gg dal Sinistro il Beneficiario dovrà trasmettere alla Società i seguenti documenti: denuncia di sinistro; copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato; copia del codice fiscale dell'Assicurato; certificato medico attestante il periodo di inabilità totale o parziale al lavoro, con evidenza dell'entità e sede delle lesioni; copia di eventuali certificati medici e loro rinnovi attestanti il decorso delle lesioni. In caso di ricovero: verbale di pronto soccorso con relativa diagnosi, prognosi ed esito degli accertamenti effettuati; certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla degenza. Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare, alla data dell'Evento assicurato, della carica del Key Man presso l'Azienda Associata.



Quando e come devo pagare?

Il premio o una sua rata deve essere pagato dal Contraente a mezzo bonifico bancario entro 30 (trenta giorni) dall'emissione della Polizza direttamente alla Società o all'Intermediario. Se il Contraente non paga il premio o una delle sue rate, la copertura assicurativa resta sospesa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Contratto di assicurazione decorre dalla data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata annuale e si rinnova tacitamente a scadenza, salvo disdetta. Il Contratto si intende concluso con l'accettazione da parte del Contraente della Proposta di Assicurazione.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca: l'Azienda Aderente può revocare la proposta di Adesione finché il Contratto non sia concluso dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Recesso: l'Azienda Aderente ha 30 giorni di tempo dalla Data di decorrenza per esercitare il diritto di recesso per ripensamento dalla propria adesione alla Polizza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente. In caso di recesso la Compagnia procederà a rimborsare all'Azienda Aderente per il tramite del Contraente il Premio pagato e non goduta, al netto del costo di emissione, delle eventuali imposte governative e del costo degli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assunto eventualmente già sostenuti.

Disdetta: ciascuna delle parti potrà disdire la Polizza, dandone comunicazione scritta all'altra parte a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione collettiva multirischi

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)



Compagnia: Elips Life Ltd | Sede secondaria: Via San Prospero, 1 | 20121 Milano
Prodotto: Mediolanum Capitale KeyPeople
Data di realizzazione del documento: Luglio 2023 – il presente DIP aggiuntivo è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

Elips Life Ltd è soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG, che ha sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (Liechtenstein). E' autorizzata a operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Elenco I, n. I.00131, ed è sottoposta al controllo della Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein.

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

L'ammontare del patrimonio netto di Elips Life Ltd. è pari a 64,3 milioni di Euro (di cui 11,9 milioni di Euro di capitale sociale e 164,3 milioni di Euro di riserve patrimoniali). [Dati anno fiscale 2021; tasso di cambio: 1 Euro = 1.0370 CHF]. I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet della Compagnia (www.elipslife.com). L'indice di solvibilità determinato in applicazione della normativa "Solvency II", che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto, è pari al 180% al 31.12.2021.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

L'Azienda Aderente può scegliere una delle seguenti combinazioni di coperture che troverà applicazione per tutti gli assicurati suoi Key Man:

- **Life**: solo copertura decesso
- **Full**: copertura decesso, invalidità totale permanente, inabilità totale temporanea



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP base.



Ci sono limiti di copertura?

Non sono coperti i decessi avvenuti in una data che non ricada nel Periodo di assicurazione.

Non sono coperti i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza indicata nel verbale di accertamento non ricada nel Periodo di assicurazione.

La copertura assicurativa inabilità totale e temporanea è soggetta ad un periodo di carenza di 120 (centoventi) giorni che decorrono dalla Data di inclusione se l'inabilità è conseguente ad una malattia. Qualora l'inabilità da malattia si verifichi e/o la malattia che l'ha generata venga diagnosticata entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di inclusione dell'Assicurato in copertura la Somma assicurata non verrà corrisposta.

La copertura assicurativa inabilità totale e temporanea da infortunio o malattia è soggetta ad un periodo di franchigia di 60 (sessanta) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità medicalmente accertata. Per periodi d'indennizzo successivi alla franchigia inferiori a 30 (trenta) giorni continuativi il pagamento della Somma assicurata avviene pro rata temporis.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro? **Denuncia di sinistro:** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP base

Prescrizione: Per le garanzie decesso e invalidità totale permanente i diritti si prescrivono nel termine ordinario di 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Decorso il predetto termine, la Compagnia sarà tenuta a versare le somme non reclamate a favore dell'apposito Fondo istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Per la garanzia Inabilità Totale Temporanea i diritti si prescrivono in 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda

Liquidazione della prestazione:

Decesso: la Compagnia, ricevuta la documentazione, si riserva il diritto di esaminarla entro 30 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 giorni.

Inabilità totale permanente: la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di invalidità totale permanente entro 6 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 e all'Azienda Aderente. La Compagnia si impegna ad effettuare il pagamento della Somma assicurata dovuta entro 30 giorni dalla data di notifica dell'esito

Inabilità totale temporanea: fatta salva l'eventuale applicazione della carenza, la Somma assicurata per il caso di inabilità totale e temporanea sarà pagata dalla data di notifica dopo che siano interamente trascorsi i giorni di Franchigia. Il pagamento cessa alla più vicina all'Evento assicurato che ha determinato l'inabilità tra le seguenti date: a) data in cui il trattamento per l'infortunio o la malattia che ha causato l'inabilità è considerato completato, come certificato dal documento medico; b) data in cui l'Assicurato è in grado di riprendere la propria attività abituale; c) data in cui possa essere stabilito con precisione un grado di invalidità permanente dell'Assicurato; d) data di eventuale decesso dell'Assicurato.

Assistenza diretta/in convenzione: L'onere per gli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assunto è a carico della Compagnia fino alla concorrenza massima di 600 euro per singolo Assicurato. La Compagnia fornisce all'Assicurato un servizio di rete medica capillare sul Territorio italiano. Laddove l'Assicurato non intendesse avvalersi della rete medica convenzionata con la Compagnia, l'intero costo degli esami sarà a proprio carico.

Per prenotare gli esami medici necessari l'Assicurato dovrà contattare il centro unico prenotazioni (call center 02 303500023), attivo da lunedì a venerdì dalle 8:30 alle 18:00, oppure inviando una e-mail all'indirizzo prenotazione.esami@myassistance.it, fornendo i propri dati anagrafici e il proprio codice fiscale.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Ai sensi di quanto previsto dagli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo; ove rese con dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto di assicurazione, ove rese senza dolo o colpa grave possono comportare il recesso della Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Premio

Il Premio è annuo, costante e anticipato; non sono previste possibilità di frazionamento. Il Contraente è tenuto a versare per conto delle Aziende Aderenti il Premio tramite bonifico bancario entro 30 (trenta) giorni dalla conferma dell'esito positivo degli accertamenti sanitari in capo agli Assicurati.

Rimborso

In caso di perdita di uno dei requisiti essenziali di adesione/assicurabilità in capo all'Azienda Aderente/Assicurato, la Compagnia estingue l'adesione/copertura, rimborsando la quota parte di Premio pagata e non goduta, al netto del costo di emissione e delle eventuali imposte governative, calcolata a partire dalla data nella quale è cessato il requisito.

In caso di uscite di Assicurati in corso di contratto per cause diverse dalla morte/invalidità totale permanente sarà rimborsata la quota parte di Premio pagata e non goduta, al netto del costo di emissione e delle eventuali imposte governative.

In caso di recesso la Compagnia procederà a rimborsare il Premio pagato e non goduto, al netto del costo di emissione, delle eventuali imposte governative e del costo degli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assunto eventualmente già sostenuti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata Sospensione

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP base. In caso di mancato pagamento del Premio o di una sua rata, 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. I sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dall'Impresa.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca

L'Azienda Aderente può revocare la proposta di Adesione finché il Contratto non sia concluso dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Recesso

L'Azienda Aderente ha 30 (trenta) giorni di tempo dalla Data di decorrenza per esercitare il diritto di recesso per ripensamento dalla propria adesione alla Polizza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Disdetta

Fatti salvi i casi di cessazione della Polizza, ciascuna delle parti potrà disdire la Polizza, dandone comunicazione scritta all'altra parte a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. Nel caso in cui la medesima Azienda Aderente avesse in essere più di una Polizza relativa al presente Contratto di assicurazione, sarà sufficiente disdetta la Polizza con scadenza più prossima al fine di disdetta anche le altre.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente Contratto di assicurazione, a Premio mono-annuale, è emesso a copertura del rischio di decesso, invalidità totale e permanente e inabilità totale temporanea da ogni causa (malattia o infortunio) che colpisca il Key Man (persona fisica che ricopra presso l'Azienda Aderente uno dei seguenti ruoli: socio, legale rappresentante, amministratore, amministratore delegato, dirigente, titolare, figura con ruolo rilevante per lo sviluppo del business comprovato da regolare contratto) dell'Azienda Aderente e che possa compromettere la continuità del business.



Quali costi devo sostenere?

Il prodotto prevede i seguenti costi a carico dell'Aderente, così ripartiti:

Costi gravanti sul Premio

- Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato in funzione della Somma assicurata
- Per ciascuna Assicurato la Compagnia applica un costo amministrativo una tantum pari a 150 euro.
- Il costo di gestione mediamente applicato sul prodotto è pari al 15,0% ed è riferito al costo previsto nel caricamento di tariffa.
- L'onere per gli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assunto è a carico della Compagnia fino alla concorrenza massima di 600 euro per singolo Assicurato. La Compagnia fornisce all'Assicurato un servizio di rete medica capillare sul Territorio italiano: laddove l'Assicurato non intendesse avvalersi della rete medica convenzionata con la Compagnia, l'intero costo degli esami sarà a proprio carico.

Costi di intermediazione

La commissione mediamente percepita dagli intermediari sul prodotto è pari al 56,4% ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa e non tiene conto di eventuali rappeli e partecipazione agli utili.



Sono previsti riscatti o riduzioni? NO

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Per qualsiasi reclamo inerente al presente contratto di Assicurazione, il reclamante può rivolgersi direttamente per iscritto (a mezzo posta, fax o e-mail) all'Ufficio Reclami della Compagnia:

Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)

Via San Prospero, 1 – 20121 Milano
e-mail: reclami@pec.elipslife.com

specificando per iscritto e in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati. L'Impresa darà risposta al reclamante entro e non oltre 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.

All'IVASS Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi per iscritto a: IVASS – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma. Il reclamo dovrà essere inviato all'IVASS a mezzo posta, oppure trasmesso via fax ai numeri 06.42.133.206. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

Reclami all'autorità del Liechtenstein

I reclami che possono essere indirizzati all'IVASS, possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein), e precisamente, secondo quanto da essa previsto, alla:

Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein

Landstrasse 109, Postfach 279

9490 Vaduz, Liechtenstein

Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: info@fma-li.li

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

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

Negoziazione assistita Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie Per la risoluzione delle liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'IVASS, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Il contratto di Assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana.

Con particolare riferimento ai premi versati si segnalano:

- la totale esenzione da imposte sui premi versati per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente
- un'imposta nella misura del 2,50% sui premi versati per la garanzia Inabilità Temporanea Totale

AVVERTENZE

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Indice

Condizioni di Assicurazione

Polizza Collettiva multirischi

“Mediolanum Capitale KeyPeople”

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate	2
Art. 1 – Oggetto	2
Art. 2 – Aziende Aderenti e Assicurati	2
Art. 3 – Rischi assicurati	3
Art. 4 – Prestazioni assicurate	4
Art. 5 – Beneficiario	4
Art. 6 – Limiti di età	4
Art. 7 – Suicidio	5
Art. 8 – Esclusioni: cosa non è coperto	5
Art. 9 – Sinistro che colpisca più Assicurati: massimali	6
Parte II - Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	6
Art. 10 – Conclusione del Contratto di assicurazione e durata della garanzia assicurativa	6
Art. 11 – Ingresso e permanenza in Assicurazione	7
Art. 12 – Variazioni degli Assicurati in corso di contratto	8
Art. 13 – Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati	8
Art. 14 – Carenza e Franchigia	10
Parte III – Il pagamento dei premi	10
Art. 15 – Premi di assicurazione	10
Art. 16 – Pagamento dei premi e risoluzione del Contratto	11
Parte IV – La gestione dei sinistri	11
Art. 17 – Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Compagnia dell'Evento assicurato	11
Art. 18 – Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro	13
Parte V – Disposizioni Generali	14
Art. 19 – Foro competente e controversie di natura medica	14
Art. 20 – Legge applicabile	14
Art. 21 – Revoca, Recesso e Disdetta	14
Art. 22 – Modifiche contrattuali	15
Art. 23 – Modalità di consegna della documentazione informativa	15
Parte VI – Informativa Privacy	16
Parte VII – Glossario	19

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate

Art. 1 – Oggetto

Il presente Contratto di assicurazione, a Premio mono-annuale, è emesso a copertura del rischio di decesso, invalidità totale e permanente e inabilità totale temporanea da ogni causa (malattia o infortunio) che colpisca il Key Man dell'Azienda Aderente e che possa compromettere la continuità del business.

Il Contratto di assicurazione in particolare presuppone:

- un unico Contraente ed unico Contratto di assicurazione in forma di polizza collettiva;
- una pluralità di Aziende Aderenti;
- la copertura dei Key Man delle Aziende Aderenti.

In caso di decesso o invalidità totale permanente del Key Man, l'Assicurazione interviene liquidando all'Azienda Aderente la Somma Assicurata, che potrà essere utilizzata per proteggere la continuità del business aziendale.

In caso di inabilità totale temporanea del Key Man, l'Assicurazione interviene liquidando all'Azienda Aderente un indennizzo mensile, predeterminato sulla base delle proprie esigenze di tutela.

Art. 2 – Aziende Aderenti e Assicurati



2.1 Azienda Aderente

L'Azienda Aderente, all'atto della sottoscrizione della Richiesta di Adesione e per l'intera durata contrattuale:

- a) deve avere sede legale in Italia;
- b) non deve appartenere ai seguenti settori (codici ateco): i) 86, 87, 88 sanità e assistenza sociale (ad eccezione del codice ateco 86.2 – Servizi degli studi medici e odontoiatrici); ii) 25.40 fabbricazione di armi e munizioni; iii) 84.2 servizi collettivi delle amministrazioni pubbliche; iv) 80, servizi di vigilanza e investigazione.

La perdita dei suddetti requisiti di adesione determina la cessazione automatica delle coperture assicurative acquistate e la perdita del diritto alla liquidazione dei Sinistri.

Al venire meno di uno dei requisiti sopra indicati, l'Azienda Aderente deve tempestivamente informare la Compagnia, per il tramite del Contraente.

Entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione di tale comunicazione, la Compagnia estingue l'Adesione al Contratto di assicurazione, rimborsando all'Azienda Aderente la quota parte di Premio pagata e non goduta, al netto del costo di emissione e delle eventuali imposte governative, calcolata a partire dalla data nella quale è cessato il requisito di adesione.

L'adesione alla presente Assicurazione prevede un preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, ai sensi di quanto precisato all'art. 13 delle presenti Condizioni di Assicurazione.



2.2 Assicurato

L'Azienda Aderente può designare quale Assicurato la persona fisica che:

- a) sia abitualmente domiciliata all'interno del Territorio italiano;

- b) ricopra presso l'Azienda Aderente uno dei seguenti ruoli: socio, legale rappresentante, amministratore, amministratore delegato, dirigente, titolare, figura con ruolo rilevante per lo sviluppo del business dell'Azienda Aderente (comprovato da regolare contratto);
- c) rientri nei limiti di età di cui all'art. 6 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- d) abbia prestato il proprio consenso ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- e) abbia superato positivamente gli accertamenti sanitari di cui all'art. 13 delle presenti Condizioni di Assicurazione.



La perdita del requisito di cui alla lettera b) determina la cessazione automatica delle coperture assicurative acquistate e la perdita del diritto alla liquidazione dei Sinistri.

La perdita del requisito di cui alla lettera a) determina la cessazione automatica delle coperture assicurative acquistate e la perdita del diritto alla liquidazione dei Sinistri laddove l'Assicurato trasferisca il proprio domicilio in un Paese a rischio.

Al venire meno di uno dei requisiti di cui alle lettere a) e b) sopra indicati, l'Azienda Aderente deve tempestivamente informare la Compagnia, per il tramite del Contraente. Entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione di tale comunicazione, ove previsto la Compagnia estingue la copertura nei confronti dell'Assicurato, rimborsando all'Azienda Aderente la quota parte di Premio pagata e non goduta, al netto del costo di emissione e delle eventuali imposte governative, calcolata a partire dalla data nella quale sia venuto meno uno dei requisiti di assicurabilità.



La Compagnia non prenderà in carico i Sinistri intervenuti successivamente alla perdita dei suddetti requisiti di adesione o di assicurabilità e procederà a rimborsare all'Azienda Aderente la quota parte di Premio pagata e non goduta, al netto del costo di emissione e delle eventuali imposte governative, calcolata a partire dalla data nella quale i suddetti requisiti siano venuti a cessare.

Art. 3 – Rischi assicurati

Sulla base delle presenti Condizioni di Assicurazione, il Contratto di assicurazione copre i seguenti rischi che possono colpire l'Assicurato.



Garanzia decesso

Fatti salvi i casi di esclusione di cui all'art. 8 delle presenti Condizioni di Assicurazione, il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa.



Garanzia invalidità totale e permanente

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, a causa di malattia e/o infortunio che abbiano determinato una sopravvenuta infermità/lesione o un sopraggiunto difetto fisico o mentale, indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia visto ridotta, in modo permanente e in misura superiore al 60% (sessanta per cento), la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini. Il grado di invalidità totale permanente da infortunio è valutato in base alla tabella di cui al D.P.R. n°1124 del 30/6/65 ss.mm.ii. (Tabella INAIL). Il grado di invalidità totale permanente da malattia è accertato in base alle tabelle relative all'indennizzo del danno biologico di cui all'art. 13 del D.lgs. 38/2000 ss.mm.ii.

Resta inteso che nessuna garanzia sarà operativa nel caso in cui all'Assicurato sia stato già riconosciuto, in qualsiasi epoca, uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 60% (sessanta per cento) ai sensi della corrispondente tabella INAIL per tempo applicabile.



Garanzia inabilità totale e temporanea

Con il termine inabilità totale temporanea si indica la perdita totale temporanea della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria attività (professione).

L'Azienda Aderente può scegliere una delle seguenti combinazioni di coperture:

Combinazione	Assicurato	Decesso 	Invalidità totale permanente 	Inabilità totale temporanea 
Life	Key Man	X		
Full	Key Man	X	X	X

Art. 4 – Prestazioni assicurate

Fermi restando i limiti, le esclusioni e le carenze previsti dalle Condizioni di Assicurazione, il presente Contratto di assicurazione prevede, in caso di decesso, invalidità totale e permanente e inabilità totale e temporanea dell'Assicurato, a seconda della combinazione di coperture scelta, la liquidazione al Beneficiario della Somma assicurata secondo quanto di seguito descritto.



Garanzia decesso e invalidità totale e permanente

L'importo della Somma assicurata corrisposta in caso di decesso o di invalidità totale e permanente è indicato dall'Azienda Aderente nel modulo "Richiesta di Adesione", con un massimo di 1.500.000 (un milione cinquecentomila) euro per Assicurato.

Se l'importo selezionato dall'Azienda Aderente, sommato ad ogni altro capitale eventualmente assicurato attraverso il presente Contratto di assicurazione per il rischio decesso e/o invalidità totale e permanente del medesimo Assicurato, eccedesse il massimale sopra indicato, la Compagnia rifiuterà la presa in carico del rischio, eventualmente proponendo all'Azienda Aderente di assumere in copertura l'Assicurato per un importo inferiore.



AVVERTENZA: Le coperture decesso e invalidità totale permanente operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro.



Garanzia inabilità totale e temporanea

L'importo della Somma assicurata corrisposta in caso di inabilità totale e temporanea dell'Assicurato è pari allo 0,50% (zero virgola cinquanta per cento), con un massimo di 5.000 (cinquemila) euro, della Somma assicurata in caso di decesso quale indennizzo mensile, con un massimo per Assicurato di 12 (dodici) indennizzi mensili per Sinistro e 24 (ventiquattro) indennizzi mensili per l'intera durata dell'Assicurazione rinnovi inclusi.

Art. 5 – Beneficiario

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni assicurate è l'Azienda Aderente.

Art. 6 – Limiti di età



Età

L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati, inclusi nell'Anagrafica predisposta dal Contraente, che:

- alla Data di inclusione:
 - a) per la combinazione "Life" abbiano un'età compresa tra 18 (diciotto) e 67 (sessantasette) anni di età non compiuti;
 - b) per la combinazione "Full" abbiano un'età compresa tra 18 (diciotto) e 65 (sessantacinque) anni non compiuti;
- alla fine del Periodo di assicurazione:
 - a) per la combinazione "Life" non abbiano ancora compiuto 75 (settantacinque) anni di età;

- b) per la combinazione "Full" non abbiano ancora compiuto 66 (sessantasei) anni di età o non abbiano raggiunto l'età prevista per il perfezionamento del diritto alla quiescenza.

Superati i limiti di età sopra indicati, la relativa combinazione cessa e non potrà essere rinnovata.

Resta inteso che, superati i limiti di età previsti per la combinazione di coperture Full, l'Azienda Aderente può attivare a rinnovo la combinazione di coperture Life per i Key Man che non abbiano ancora compiuto 75 (settantacinque) anni.

Art. 7 – 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, non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.*

Art. 8 – Esclusioni: cosa non è coperto



Sono sempre esclusi dalla copertura i Sinistri 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.);
- Infortuni antecedenti alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione;
- Malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note e diagnosticate all'Assicurato e non dichiarate al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione;
- Limitatamente alle coperture invalidità totale e permanente e inabilità totale e temporanea: malattie e/o conseguenze invalidanti precedentemente riconosciute;
- Malattie mentali, per esse intendendosi eventi cronici quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo (depressione grave, disturbi legati ad amnesia, schizofrenia, disturbi quali bipolarismo, anoressia ecc.);
- Svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti; piloti commerciali (privati e non); addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli in genere; svolgimento delle attività di trapezista, stuntman, minatore, lavoro nel sottosuolo, attività subacquee, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, servizi di vigilanza armata a qualsiasi titolo;

- k) Partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- l) Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- m) Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), speleologia, partecipazione a corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), sport subacquei (immersioni con utilizzo di respiratore o autorespiratore), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico;
- n) Ogni pratica/attività sportiva (diversa dalle attività di cui alla lettera m) che precede) a carattere ricreativo con percezione di compenso, anche a mero titolo di rimborso spese;
- o) Limitatamente ai casi di Invalidità totale e permanente, sono esclusi dalla copertura i soggetti ai quali, in epoca antecedente al momento dell'ingresso in assicurazione, sia già stato riconosciuto, da parte dell'INPS in ambito previdenziale, la pensione di inabilità o in subordine l'assegno di invalidità.

La Compagnia in funzione delle formalità medico assuntive di cui all'articolo 13, si riserva di proporre all'Azienda Aderente, per il tramite del Contraente, di assumere in copertura l'Assicurato applicando un Sovrappremio.

Art. 9 – Sinistro che colpisca più Assicurati: massimali



L'Assicurazione è estesa anche al Sinistro decesso e/o invalidità totale permanente che, in conseguenza di un unico evento accidentale, colpisca più Assicurati, secondo i massimali di seguito indicati:

- a) Nel caso in cui gli Assicurati colpiti dall'evento siano tutti riferibili alla stessa Azienda Aderente, la Compagnia corrisponderà fino ad un importo complessivo massimo pari a 5.000.000 (cinque milioni) di euro, con un massimo di 5 (cinque) eventi per ciascuna annualità di contratto.
- b) Nel caso in cui l'evento dovesse colpire più Assicurati impiegati presso diverse Aziende Aderenti, la Compagnia corrisponderà fino ad un importo massimo totale di 10.000.000 (dieci milioni) di euro.



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 del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative

Art. 10 – Conclusione del Contratto di assicurazione e durata della garanzia assicurativa

L'Azienda Aderente manifesta il proprio interesse a aderire alla Polizza mediante la compilazione e sottoscrizione del modulo Richiesta di Adesione.

In caso di esito positivo della valutazione assuntiva medica dell'Assicurato, di cui all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, il processo di adesione si conclude con la ricezione da parte dell'Azienda Aderente del Certificato di assicurazione, che riporta altresì la Data di decorrenza delle coperture assicurative.



Il Contratto di assicurazione 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. Nel caso in cui la medesima Azienda Aderente avesse in essere più di una Polizza relativa al presente Contratto di

assicurazione, sarà sufficiente disdettare la Polizza con scadenza più prossima al fine di disdettare anche le altre.



Con riferimento al singolo Assicurato, la messa in copertura cessa:

- il giorno in cui venga meno uno dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2.2 lett. a) e b);
- al termine del Periodo di assicurazione, salvo rinnovo;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di liquidazione della Somma assicurata per invalidità totale e permanente dell'Assicurato;
- in caso di mancato pagamento del Premio, trascorsi i 6 (sei) mesi di sospensione successivi al periodo di tolleranza.

In caso di scioglimento dell'Azienda Aderente, il Contratto di assicurazione si chiude e le coperture assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno in cui si è verificata la cessazione della società. L'Azienda Aderente deve comunicare tempestivamente lo scioglimento della società alla Compagnia per consentire il rimborso, entro 30 (trenta) giorni e per il tramite del Contraente, del rateo di Premio non goduto.

AVVERTENZA: L'efficacia del Contratto di assicurazione è subordinata al pagamento del Premio. In caso di mancato pagamento del Premio entro i 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.

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

Art. 11 – Ingresso e permanenza in Assicurazione

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

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari previsti all'art. 13 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- al corretto pagamento del Premio;
- alla presentazione del consenso sottoscritto dall'Assicurato ai sensi dell'art. 1919, comma 2 del Codice Civile (presente nel Questionario Medico Semplificato, nel Questionario Medico Anamnestico e nel Rapporto di Visita Medica).



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..”



L'Azienda Aderente, per il tramite del Contraente, si impegna, per ciascun Assicurato per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- fornire alla Compagnia l'Anagrafica secondo le modalità con questa concordate;
- consegnare agli Assicurati una copia del presente Set Informativo;
- consegnare agli Assicurati ogni altro documento previsto dal Contratto di assicurazione;
- consegnare alla Compagnia ogni documento da questa richiesto e necessario per l'inserimento in copertura degli Assicurati.

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

Gli Assicurati saranno inclusi in copertura a decorrere dal primo giorno del mese successivo all'espletamento positivo degli accertamenti sanitari di cui all'art. 13 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Nei casi in cui l'Assicurazione non sia stata disdettata da una delle Parti, al fine di permettere l'emissione dell'appendice di rinnovo, l'Azienda Aderente, per il tramite del Contraente, si impegna a comunicare alla Compagnia, entro 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza annuale dell'Assicurazione, ogni variazione rilevante in relazione al rischio sottostante.

Art. 12 – Variazioni degli Assicurati in corso di contratto



In caso di uscite di uno o più Assicurati in corso d'anno per cause diverse dal decesso e dall'invalidità totale e permanente si applicheranno le seguenti regole operative:

- tempestivamente e comunque non oltre 30 (trenta) giorni dall'avvenuta variazione in uscita l'Azienda Aderente, per il tramite del Contraente, ne darà comunicazione alla Compagnia;
- sulla base di tale aggiornamento, la Compagnia emette la relativa Appendice di variazione e di regolazione del Premio;
- in caso di uscite di Assicurati in corso d'anno per cause diverse dal decesso e dall'invalidità totale e permanente, sarà rimborsato il rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto al netto del costo di emissione e delle eventuali imposte governative.

Ogni variazione in uscita degli Assicurati deve essere richiesta per iscritto dall'Azienda Aderente, per il tramite del 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 (es. risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarichi ecc.). Nel caso di variazioni in uscita, la Compagnia rimborsa all'Aderente per il tramite del Contraente il rateo di Premio non goduto, calcolato come sopra, entro 30 (trenta) giorni dalla data di emissione delle Appendici di variazione di rischio alla singola Polizza.

Art. 13 – 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.

SOMMA ASSICURATA (decesso / invalidità totale e permanente)	FORMALITA' MEDICO ASSUNTIVE
Fino a 200.000 euro	Questionario Medico Semplificato
Da 200.000 a 400.000 euro In presenza di una risposta positiva nel Questionario medico semplificato	Questionario Medico Anamnestico
Oltre 400.000 euro	Rapporto di Visita Medica Visita Medica + esami specifici (*)

(*) *Esami specifici standard: i) analisi del sangue complete: HbA1c, CRP, acido urico, colesterolo, colesterolo HDL, trigliceridi, AST, ALT, gamma-GT, creatinina, esame ematologico completo, test HIV, marker dell'epatite (HBeAg, Anti HCV); ii) analisi delle urine complete; ECG (da sforzo a partire dai 50 anni).*

Disposizioni comuni a tutte le procedure medico assuntive

L'onere per gli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assuntivo è a carico della Compagnia fino alla concorrenza massima di 600 (seicento) euro per singolo Assicurato.



La Compagnia fornisce all'Assicurato un servizio di rete medica capillare sul Territorio italiano. Per prenotare gli esami medici necessari l'Assicurato dovrà contattare il **centro unico prenotazioni (call center 02 303500023), attivo da lunedì a venerdì dalle 8:30 alle 18:00**, oppure inviando una e-mail all'indirizzo prenotazione.esami@myassistance.it, fornendo i propri dati anagrafici e il proprio codice fiscale.

Avvertenza: laddove l'Assicurato non intendesse avvalersi della rete medica convenzionata con la Compagnia, l'intero costo degli esami sarà a proprio carico.

Gli esami medici verranno di norma considerati validi per 5 (cinque) anni, a decorrere dalla data della loro esecuzione, periodo oltre il quale la Compagnia si riserva di richiederne la ripetizione con costo a carico dell'Assicurato.

In relazione alle prestazioni previste dal presente Contratto di assicurazione, qualora sia richiesta la compilazione di documentazione concernente lo stato di salute, 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 Medico l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.



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.*

Art. 14 – Carenza e Franchigia



Garanzia inabilità totale e temporanea

La copertura assicurativa inabilità totale e temporanea è soggetta ad un periodo di carenza di 120 (centoventi) giorni che decorrono dalla Data di inclusione se l'inabilità è conseguente ad una malattia.

Qualora l'inabilità da malattia si verifichi e/o la malattia che l'ha generata venga diagnosticata entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di inclusione dell'Assicurato in copertura la Somma assicurata non verrà corrisposta.

La copertura assicurativa inabilità totale e temporanea da infortunio o malattia è soggetta ad un periodo di franchigia di 60 (sessanta) giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inabilità medicalmente accertata. Per periodi d'indennizzo successivi alla franchigia inferiori a 30 (trenta) giorni continuativi il pagamento della Somma assicurata avviene pro rata temporis.



ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA ALL'INABILITA' TOTALE TEMPORANEA.

Data di inclusione dell'Assicurato: 01/01/2021



Viene denunciato un Sinistro per inabilità totale e temporanea da malattia diagnosticata il 1 marzo 2021.

La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto la malattia che ha generato l'inabilità è stata diagnosticata nei primi 120 giorni successivi alla Data di inclusione e il Sinistro risulta quindi essere in carenza.



ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA ALL'INABILITA' TOTALE TEMPORANEA.



Data di inclusione dell'Assicurato: 01/01/2021

Viene denunciato un Sinistro per inabilità totale e temporanea diagnosticata il 1 settembre 2021 con durata 40 giorni.

La Compagnia rifiuterà il Sinistro, in quanto il periodo di inabilità ha avuto una durata inferiore a 60 giorni. Il Sinistro risulta quindi essere in franchigia.

Viene denunciato un Sinistro per inabilità totale e temporanea diagnosticata il 1 settembre 2021 con durata 95 giorni.

La Compagnia applicherà una franchigia ai rimi 60 giorni ed indennizzerà il Sinistro per 1 mese e 5 giorni (i 5 giorni calcolati prorata temporis).

Parte III – Il pagamento dei premi

Art. 15 – Premi di assicurazione



Il Premio è annuo, costante e anticipato; non sono previste possibilità di frazionamento.

A seconda della combinazione di coperture scelta, il Premio annuo dovuto per ciascun Assicurato è determinato secondo il tasso riportato nella tabella che segue, da applicarsi alla Somma assicurata indipendentemente dall'età dell'Assicurato.

Combinazione	Tasso Unico
Life 	0,614%
Full   	0,796 %

Il tasso applicato alla combinazione Full Coverage è comprensivo dell'imposta di assicurazione per la copertura inabilità totale e temporanea.

La Compagnia in funzione delle formalità medico assuntive di cui all'articolo 13, si riserva di proporre all'Azienda Aderente, per il tramite del Contraente, di assumere in copertura l'Assicurato applicando un Sovrappremio.

Per ciascun Assicurato la Compagnia applica al Premio un costo amministrativo una tantum pari a 150 (cento cinquanta) euro.

Art. 16 – Pagamento dei premi e risoluzione del Contratto

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

Il Contraente è tenuto a versare per conto delle Aziende Aderenti il Premio tramite bonifico bancario entro 30 (trenta) giorni dalla conferma dell'esito positivo degli accertamenti sanitari in capo agli Assicurati (art. 13 delle presenti Condizioni di Assicurazione).



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 Compagnia.

Rispetto a ciascuna scadenza, la Compagnia concede al Contraente un termine di tolleranza di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale sono dovuti gli interessi legali.

In caso di mancato pagamento del Premio per oltre 6 (sei) mesi dalla scadenza del periodo di tolleranza, la Compagnia ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, la risoluzione del Contratto di assicurazione e di addebitare all'Azienda Aderente il costo degli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assuntivo eventualmente sostenuti.

Parte IV – La gestione dei sinistri

Art. 17 – Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Compagnia dell'Evento assicurato



17.1. Decesso

Entro 30 (trenta) giorni dal decesso, l'Azienda Aderente, in qualità di Beneficiario, dovrà denunciare il Sinistro producendo i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l'intervenuto decesso, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.



DECESSO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Modulo di denuncia del Sinistro;
- Certificato di morte, rilasciato dal comune di residenza;
- Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso;
- Copia di documentazione atta ad attestare alla data del decesso il perdurare in capo all'Assicurato deceduto, la carica di Key Man presso l'Azienda Associata.

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 dell'Azienda Aderente 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).

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.



17.2 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.



INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare **SEMPRE** sono:

- Modulo di denuncia del Sinistro;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale 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;
- 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;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare in capo all'Assicurato, la carica di Key Man presso l'Azienda Associata.



La Compagnia, 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 proprio carico. Tale accertamento prevarrà rispetto ad ogni altro, compresa la pronuncia dell'INPS, dell'INAIL o di altro ente competente. È fatto salvo comunque il diritto dell'Azienda Aderente di richiedere l'accertamento autonomo della Compagnia, con spese a carico dell'Azienda Aderente. Anche 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 all'Assicurato e all'Azienda Aderente.



Non sono coperti i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza indicata nel verbale di accertamento non ricada nel Periodo di assicurazione.

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

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

AVVERTENZA: Non sono coperti i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza indicata nel verbale di accertamento non ricada nel Periodo di assicurazione o, comunque, nel periodo di validità della presente Assicurazione.

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. 8 delle presenti Condizioni di Assicurazione, ad avvenuto riconoscimento della invalidità.

Analogamente il riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente derivante da altra causa, che intervenga prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato, equivale ad avvenuto riconoscimento della prima causa di invalidità.

Il riconoscimento del diritto alla Prestazione assicurata deve essere comunque conseguente ad una denuncia di Sinistro inoltrata prima della cessazione della carica del Key Man presso l'Azienda Aderente.



17.3 Inabilità totale e temporanea

Per avere diritto alla prestazione il Beneficiario dovrà notificare il Sinistro alla Compagnia entro 5 (cinque) giorni dall'accadimento, salvo i casi di forza maggiore per i quali ne sia impossibilitato.



INABILITA' TOTALE E TEMPORANEA: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Modulo di denuncia del Sinistro;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Certificato medico attestante il periodo di inabilità totale o parziale al lavoro dell'Assicurato, con evidenza dell'entità e sede delle lesioni;
- Copia di eventuali certificati medici e loro rinnovi attestanti il decorso delle lesioni;
- In caso di ricovero: verbale di pronto soccorso con relativa diagnosi, prognosi ed esito degli accertamenti effettuati; certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla degenza;
- Copia di documentazione atta ad attestare il perdurare in capo all'Assicurato, la carica di Key Man presso l'Azienda Associata.



La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Compagnia; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima.

Fatta salva l'eventuale applicazione della carenza di cui all'art. 14 delle presenti Condizioni di Assicurazione, la Somma assicurata per il caso di inabilità totale e temporanea sarà pagata dalla data di notifica dopo che siano interamente trascorsi i giorni di Franchigia di cui all'art. 14.

Il pagamento cessa alla più vicina all'Evento assicurato che ha determinato l'inabilità tra le seguenti date:

- a) data in cui il trattamento per l'infortunio o la malattia che ha causato l'inabilità è considerato completato, come certificato dal documento medico;
- b) data in cui l'Assicurato è in grado di riprendere la propria attività abituale;
- c) data in cui possa essere stabilito con precisione un grado di invalidità permanente dell'Assicurato;
- d) data di eventuale decesso dell'Assicurato.

Art. 18 – Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro

Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata prevista dal Contratto, il richiedente dovrà trasmettere la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria correlata tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, all'indirizzo indicato nella *Guida per la Liquidazione dei Sinistri* allegata alla Polizza, che dovrà essere consegnata dal Contraente all'Azienda Aderente.

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 richiedente:

- la versione aggiornata della *Guida per la Liquidazione dei Sinistri* contenente le istruzioni utili a procedere alla denuncia del Sinistro e l'elenco delle richieste, autorizzazioni e procure che il richiedente deve rilasciare alla Compagnia per consentire alla medesima di presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi;
- un fac-simile del Modulo di denuncia del Sinistro.

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

La Compagnia e il richiedente 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.



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 Compagnia.

Parte V – Disposizioni Generali

Art. 19 – Foro competente e controversie di natura medica.



Fatto salvo quanto di seguito previsto con riguardo alle controversie di natura medica, concernenti la misura della prestazione relativa alle coperture invalidità totale e permanente ed inabilità totale temporanea, 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, 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. 20 – 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. 21 – Revoca, Recesso e Disdetta

21.1 Revoca

L'Azienda Aderente può revocare la proposta di Adesione finché il Contratto non sia concluso dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

21.2 Recesso

L'Azienda Aderente ha 30 (trenta) giorni di tempo dalla Data di decorrenza per esercitare il diritto di recesso per ripensamento dalla propria adesione alla Polizza, dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

In caso di recesso la Compagnia procederà a rimborsare all'Azienda Aderente per il tramite del Contraente il Premio pagato e non goduto, al netto del costo di emissione, delle eventuali

imposte governative e del costo degli accertamenti medico sanitari necessari alla valutazione del rischio assuntivo eventualmente già sostenuti.

21.3 Disdetta

Fatti salvi i casi di cessazione della Polizza, ciascuna delle parti potrà disdire la Polizza, dandone comunicazione scritta all'altra parte a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale. Nel caso in cui la medesima Azienda Aderente avesse in essere più di una Polizza relativa al presente Contratto di assicurazione, sarà sufficiente disdettare la Polizza con scadenza più prossima al fine di disdettare anche le altre.

Art. 22 – Modifiche contrattuali

La Compagnia 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, regolamentari o giurisprudenziali 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 Compagnia o sul Contraente che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.



Alla prima Data di scadenza del Contratto di assicurazione e alle scadenze successive la Compagnia si riserva il diritto di modificare i tassi di tariffa per l'anno successivo, dandone comunicazione via PEC al Contraente con 90 (novanta) giorni di preavviso rispetto all'entrata in vigore dei nuovi tassi. Ove i nuovi tassi di tariffa risultassero eccessivamente elevati rispetto a quelli precedentemente applicati, nei 30 (trenta) giorni successivi alla ricezione della suddetta comunicazione, il Contraente potrà disdettare il Contratto di assicurazione prima del suo rinnovo o recedere dallo stesso.

Art. 23 – Modalità di consegna della documentazione informativa



La Compagnia trasmette al Contraente la documentazione informativa prevista dalla legge su supporto cartaceo o, su richiesta del Contraente, su un supporto durevole non cartaceo. 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.

Le Aziende Aderenti e gli Assicurati hanno diritto di ricevere gratuitamente una copia della documentazione precontrattuale e contrattuale che verrà loro consegnata dalla Compagnia, su richiesta, attraverso la collaborazione del Contraente.

Parte VI – Informativa Privacy

Elips Life Ltd, in qualità di titolare del trattamento (in seguito, "Titolare" o anche "Compagnia"), ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") e delle ulteriori norme applicabili (tra cui il Decreto Legislativo 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo 101/2018) informa ciascuna persona fisica cui si riferiscono i dati trattati ("Interessato") circa le modalità, le finalità del trattamento stesso di tali dati a seguito della stipula e/o esecuzione del contratto di assicurazione ("Assicurazione") e/o in sede di denuncia Sinistro/liquidazione.

La presente informativa è anche pubblicata sul sito della Compagnia. Il Titolare si riserva di aggiornare, in tutto o in parte, la presente informativa. Gli eventuali aggiornamenti saranno pubblicati sul Sito internet della Compagnia.

La presente Informativa viene resa anche nell'interesse del seguente titolare del trattamento: Swiss Life International Holding AG, c/o Swiss Life AG, con sede in General-Guisan-Quai 40, 8002 Zürich (CH).

A) Tipologia dei Dati

Il Titolare potrà chiedere che vengano forniti sia dati comuni che categorie particolari di dati personali (i.e. dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, come definite dall'art. 9 GDPR). In particolare, saranno richiesti tra gli altri i seguenti dati: nominativo, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, recapiti telefonici o telematici (email), ecc..

I dati possono essere raccolti direttamente dalla Compagnia, anche per il tramite del contraente, o attraverso altri soggetti del rapporto assicurativo che collaborano con la Compagnia (ad es. distributori assicurativi) nonché dall'Interessato o dai familiari o aventi causa dell'assicurato in fase di denuncia e/o liquidazione del Sinistro.

B) Finalità del trattamento dei Dati

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

Dati personali:

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

Categorie particolari di dati:

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

C) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

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

Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali comporta per la Compagnia l'impossibilità di procedere alla conclusione e/o esecuzione dell'Assicurazione e/o all'assunzione in copertura dell'Assicurato e/o alla liquidazione del Sinistro.

D) Modalità del trattamento

I dati sono trattati mediante supporti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e nel rispetto delle misure di sicurezza necessarie ad impedire l'accesso non autorizzato,

la perdita o distruzione anche accidentale e in generale il trattamento illecito dei dati, in conformità alle norme vigenti.

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

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

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

- altri soggetti del settore assicurativo che collaborano con la Compagnia quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori e distributori;
- soggetti dei quali la Compagnia 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, Compagnia di gestione degli archivi, call center, help desk ecc.);
- organismi associativi e/o consorzi propri del settore assicurativo ai quali la Compagnia è iscritta (es. ANIA);
- altre Compagnia del Gruppo Swiss Life (Compagnia controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Finanzmarktaufsicht (FMA), IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine;
- quali responsabili o incaricati del trattamento, i dipendenti e/o collaboratori della Compagnia nell'ambito delle rispettive mansioni, in conformità alle istruzioni loro impartite.

I dati personali trattati non sono oggetto di diffusione.

F) Trasferimento di dati all'estero

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

G) Conservazione dei dati

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

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

H) Diritti dell'interessato

L'Interessato può ottenere:

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

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



L'Interessato può esercitare i diritti sopra menzionati rivolgendosi ai seguenti recapiti: Elips Life Ltd sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com.

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



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

I) Identificazione del titolare e dei responsabili del trattamento

Il titolare del trattamento è Elips Life Ltd www.elipslife.com, con sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com. L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti responsabili del trattamento a cui i dati sono comunicati può essere richiesto scrivendo alla Compagnia ai recapiti sopra riportati.

Parte VII – Glossario

Anagrafica	L'elenco della popolazione assicurata per la quale si richiede la copertura, redatto a cura dell'Azienda Aderente e trasmesso, per il tramite del Contraente, alla Compagnia.
Appendice	Il documento che forma parte integrante della Polizza e che viene emesso unitamente o in seguito al Certificato di assicurazione per modificarne alcuni aspetti.
Assicurato	La persona fisica, Key Man dell'Azienda Aderente, sulla cui vita viene stipulato il Contratto di assicurazione.
Assicurazione (o Contratto di assicurazione)	Il contratto di assicurazione in forma di polizza collettiva o di gruppo sottoscritto dal Contraente per conto di una collettività di Aziende Aderenti e di Assicurati, con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la Prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi dell'Evento assicurato.
Azienda Aderente	Società di persone (snc o sas) o di capitali (persona giuridica) che aderisce al Contratto di assicurazione al fine di coprire i propri Key Man.
Beneficiario	L'Azienda Aderente che riceve la prestazione prevista dal Contratto di assicurazione al verificarsi dell'Evento assicurato.
Certificato di assicurazione (o Polizza)	Il documento, rilasciato dalla Compagnia, che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione e conferma le principali caratteristiche dell'Assicurazione.
Condizioni di Assicurazione	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione in tutti i suoi aspetti e che vengono integrate dalle condizioni speciali riportate nella Proposta di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il Contratto di assicurazione per conto di una collettività di Aziende Aderenti e di Assicurati e si impegna a versare i Premi alla Compagnia.
Compagnia	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd Sede Secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Data di decorrenza	Il giorno, riportato nel Certificato di assicurazione 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 di messa in copertura dell'Assicurato, che coincide sempre con il primo giorno del mese successivo a quello del superamento positivo degli accertamenti medici previsti dal Contratto di assicurazione. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.
Evento assicurato	Il decesso, l'accertata invalidità totale e permanente o l'inabilità totale e temporanea dell'Assicurato.
Intermediario	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Compagnia e che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
Key Man	Persona fisica che ricopra presso l'Azienda Aderente uno dei seguenti ruoli: socio, legale rappresentante, amministratore, amministratore delegato,

	dirigente, titolare, figura con ruolo rilevante per lo sviluppo del business dell'Azienda Aderente (comprovato da regolare contratto).
Paese a rischio	I Paesi segnalati come a rischio sicurezza dall'Unità di Crisi del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.
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 scadenza indicata nel Certificato di assicurazione.
Premio	Il corrispettivo dovuto dall'Azienda Aderente, per il tramite del Contraente, alla Compagnia a fronte delle Prestazioni assicurate.
Questionario medico anamnestico	Modulo costituito da domande in forma semplificata 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.
Questionario medico semplificato	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
Rapporto di Visita Medica	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che deve essere compilato da un medico e che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione
Richiesta di Adesione	Il modulo compilato e sottoscritto dall'Azienda Aderente con il quale manifesta alla Compagnia la volontà di aderire al Contratto di assicurazione.
Sinistro	Il verificarsi dell'Evento assicurato per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Somma assicurata o Prestazione assicurata	Il capitale corrisposto dalla Compagnia al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.
Sovrappremi	Maggiorazione di Premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali.
Territorio italiano	Il territorio della Repubblica italiana, comprensivo dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino