

Contratto di assicurazione in caso di decesso in forma di temporanea di gruppo

Il presente Set Informativo, composto di:

- DIP Vita (All. A)
- DIP Aggiuntivo Vita (All. B)
- Condizioni Generali di Assicurazione (All. C)

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: aprile 2020

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

Elips Life Ltd, sede secondaria italiana
Via San Prospero 1, 20121 Milano. PEC: elipslife@pec.elipslife.com
C.F./P.IVA/Registro delle Imprese di Milano: 13733431004 - R.E.A.: MI - 2126819
Sede legale: Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (LI)
RI: FL-0002.304.360-5, Vaduz
Capitale sociale i.v. CHF 12'400'000
Società con socio unico.
Soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Re Ltd



Assicurazione collettiva in caso di decesso



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

Prodotto: Contratto di assicurazione collettiva in caso di decesso in forma di temporanea di gruppo
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?

Il Contratto è un'assicurazione collettiva di puro rischio, senza necessità di adesione, destinata ai Datori di Lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per la copertura del rischio di decesso da ogni causa dei propri dipendenti e/o collaboratori.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il Decesso da ogni causa (malattia o infortunio) degli Assicurati;
- ✓ L'Assicurazione prevede l'erogazione della prestazione in forma di capitale;
- ✓ La prestazione viene liquidata ai Beneficiari in un'unica soluzione;
- ✓ L'importo della prestazione è quello indicato dal Contraente al momento della sottoscrizione del modulo 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;
- ✗ 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;
- ✗ Trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ Partecipazione attiva e volontaria dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano moventi politico o sociale;
- ✗ Abuso di alcolici e psicofarmaci e 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), 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.).



Ci sono limiti di copertura?

- ! Età a scadenza degli Assicurati: > a 67 anni;
- ! Limitazioni territoriali: Assicurati con domicilio abituale al di fuori del Territorio italiano;
- ! Limiti catastrofali:
 - (i) un importo massimo complessivo pari a 10 (dieci) volte la somma assicurata media nell'anno in corso al momento del Sinistro per un importo massimo di EUR 10.000.000 (dieci milioni).
- ! Attestazione del datore di lavoro di dipendente attivo al lavoro



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione ha validità per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Eventuali modifiche riguardanti il profilo degli Assicurati (es. modifiche inerenti lo status occupazionale) intervenute in corso di contratto dovranno essere comunicate tempestivamente alla Società a cura del Contraente.
- Entro 30 gg dal decesso il Beneficiario dovrà trasmettere alla Società i seguenti documenti: denuncia di sinistro; copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale dei Beneficiari; certificato di morte dell'Assicurato; modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso o certificato medico attestante la causa del decesso.

Altra eventuale ulteriore documentazione, compatibile con le disposizioni di legge applicabili, verrà richiesta a seconda della specifica situazione.



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?

Il Contratto può essere disdetto dal Contraente a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della sua scadenza annua. Il Contraente ha 30 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, dandone comunicazione scritta alla Società a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Assicurazione collettiva in caso di decesso



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

Impresa: Elips Life Ltd | Sede secondaria Via San Prospero, 1 | 20121 Milano
Prodotto: Contratto di assicurazione collettiva in caso di decesso in forma di temporanea di gruppo
Data di realizzazione del documento: 08/04/2020 – 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), per aiutare il potenziale Aderente/Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa. I termini e le definizioni contenute nel DIP Aggiuntivo Vita sono come da Glossario delle Condizioni di Assicurazione.

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, facente parte del gruppo Swiss Re, con sede legale in Gewerbeweg 15, 9490 Vaduz (Liechtenstein) è autorizzata ad 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 13,5 milioni di Euro (di cui 11,4 milioni di Euro di capitale sociale e 37,1 milioni di Euro di riserve patrimoniali). [Dati anno fiscale 2019; tasso di cambio: 1 Euro = 1.0854 CHF]. I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet dell'Impresa (www.elipslife.com). L'indice di solvibilità secondo la direttiva "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 161% al 31.12.2018.

Al contratto si applica la legge italiana.

	Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP base.	

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


	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?
Cosa fare in caso di evento?	Denuncia di sinistro: L'Impresa mette a disposizione dei Beneficiari, in allegato alla Polizza e sul proprio sito internet, una Guida per la Liquidazione dei Sinistri contenente tutte le informazioni utili per procedere con l'apertura del Sinistro. Prescrizione: I diritti derivanti dal presente Contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di 10 (dieci) anni, che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, per la copertura Decesso troverà applicazione quanto disposto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di rapporti dormienti, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui all'art. 1, comma 345, della citata legge. Liquidazione della prestazione: L'Impresa si impegna a effettuare il pagamento della prestazione dovuta entro 30 (giorni) dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta necessaria ad accertare il decesso dell'Assicurato.
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	Non sono previsti meccanismi di indicizzazione/adeguamento del Premio. Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso, ove previsto, di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto.
Rimborso	In caso di uscite di Assicurati in corso di contratto per cause diverse dalla morte sarà rimborsato il rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto. Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso del Premio già pagato, in caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento.
Sconti	Non sono previsti sconti di Premio da parte dell'Impresa.


	Quando comincia la copertura e quando finisce?
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP base.
Sospensione	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	Il Contratto di assicurazione non prevede alcun diritto di revoca in capo alle Parti.
Recesso	Il Contratto può essere disdetto dal Contraente a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della sua scadenza annua.

	Il Contraente ha 30 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, dandone comunicazione scritta alla Società a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP base.

	Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Valori di riscatto e riduzione	Il presente Contratto non riconosce un valore di riscatto o di riduzione.
Richiesta di informazioni	Ulteriori informazioni sul Contratto possono essere richieste contattando direttamente Elips Life Ltd all'indirizzo mail: contatto.it@elipslife.com

	A chi è rivolto questo prodotto?
Il prodotto è una polizza collettiva destinata ai Datori di Lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per la copertura dei propri lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), dei soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e dei collaboratori (co-co co ed affini, stagisti, collaboratori interinali, somministrati, lavoratori in staff leasing, partite iva con rapporto univoco con l'azienda), attuali e futuri, delle aziende Contraenti o dei Datori di lavoro associati.	

	Quali costi devo sostenere?
Il prodotto prevede i seguenti costi a carico dell'Aderente, così ripartiti:	
<ul style="list-style-type: none"> - costi gravanti sul Premio L'Impresa calcola il Premio annuale dovuto sulla base dell'Anagrafica ricevuta, senza prevedere spese di emissione e oneri di frazionamento. Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato in funzione della Somma assicurata. Il costo di gestione mediamente applicato sul prodotto è pari al 15% ed è riferito al costo previsto nel caricamento di tariffa. - costi di intermediazione La commissione mediamente percepita dagli intermediari sul prodotto è pari al 18% ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa e non tiene conto di eventuali rimpatri e partecipazione agli utili. 	

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 Fax: +39 02 82 958909 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 <u>risoluzione delle liti transfrontaliere</u> 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	<u>Imposta sui Premi</u> : I Premi relativi alle coperture assicurative oggetto della presente Assicurazione non sono soggetti ad imposizione fiscale. <u>Tassazione delle Somme assicurate</u> : Le Somme assicurate, corrisposte in dipendenza della presente copertura assicurativa sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni

AVVERTENZE

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE 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 <u>NON</u> DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE <u>NON</u> POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Indice

Condizioni generali che regolano
l'assicurazione in caso di decesso in
forma di temporanea di gruppo

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

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate

Art. 1 – Oggetto

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

Il Contratto di assicurazione in particolare presuppone:

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

Art. 2 – Assicurati

L'Assicurazione può essere prestata a favore dei lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), dei soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e dei collaboratori (co-co co ed affini, stagisti, collaboratori interinali, somministrati, lavoratori in staff leasing, partite iva con rapporto univoco con l'azienda), attuali e futuri, delle aziende Contraenti o dei Datori di lavoro associati.

Sono coperte tutte le categorie di dipendenti senza nessuna limitazione per settori di attività e natura dell'azienda, fatta eccezione per il settore sanitario che risulta escluso (salvo diversi accordi specifici) e per le forze armate e forze dell'ordine, che verranno valutate di volta in volta.

Le richieste di assicurare i membri di federazioni sportive, associazioni e gruppi affinity saranno valutata dalla Società caso per caso con regole proprie.

L'Assicurazione si intende di regola prestata in favore di Assicurati abitualmente domiciliati all'interno del Territorio italiano. Nel caso in cui l'Assicurato trasferisca il proprio domicilio abituale al di fuori del Territorio italiano durante il Periodo di assicurazione, il Contraente ha l'obbligo di comunicarlo alla Società entro e non oltre 30 (trenta) giorni. Ricevuta tale comunicazione la Società si riserva il diritto di valutare la prosecuzione delle coperture per il suddetto Assicurato e/o di proporre eventuali diverse condizioni in termini di premio ed esclusioni.

Ove il Contraente non trasmetta alla Società la suddetta modifica entro i termini sopra indicati, la Società si riserva di non prendere in carico i Sinistri intervenuti successivamente al cambio di domicilio abituale dell'Assicurato

I dipendenti italiani di aziende italiane all'estero sono assunti in copertura esclusivamente laddove il numero di tali dipendenti sia inferiore al 5% del totale dei dipendenti dell'azienda.

L'assunzione in copertura dei dipendenti esteri di aziende italiane all'estero sarà valutata caso per caso dalla Società secondo regole proprie.

L'adesione alla presente Assicurazione può prevedere un preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, ai sensi di quanto precisato all'art. 12 delle presenti Condizioni generali.

Art. 3 – Prestazione assicurata

Sulla base delle presenti Condizioni generali, e ferme comunque restando le cause di esclusione e i massimali previsti dall'Assicurazione, il Contratto di assicurazione prevede, in caso di decesso degli Assicurati, la liquidazione in un'unica soluzione della Somma assicurata ai Beneficiari, così come definiti al successivo art. 4, a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei Premi e l'Assicurato sia stato incluso in Assicurazione.

L'importo della Somma assicurata è indicato, per ciascun Assicurato nell'Anagrafica predisposta dal Contraente.

Art. 4 – Beneficiari

Beneficiari delle Prestazioni assicurate sono gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali.

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO: domande frequenti

1 - Cosa accade se uno dei Beneficiari della polizza, in qualità di erede legittimo dell'Assicurato, rinuncia all'eredità

La rinuncia all'eredità da parte degli eredi legittimi non determina la rinuncia al beneficio risultante dall'assicurazione: la Compagnia è comunque tenuta a corrispondere al Beneficiario la propria quota di capitale.

<p>2 - Cosa accade nel caso in cui uno dei Beneficiari deceda prima dell'Assicurato?</p>	<p>In caso di premorienza del Beneficiario la prestazione deve essere eseguita a favore dei suoi eredi per subentro/rappresentazione. La ripartizione della quota di spettanza al Beneficiario deceduto avverrà tra i suoi eredi in parti uguali, i quali dovranno produrre il certificato di decesso del Beneficiario e la relativa dichiarazione sostitutiva di atto notorio che li indica come eredi legittimi.</p>
<p>3 - Cosa accade nel caso in cui uno dei Beneficiari deceda dopo l'Assicurato ma prima di aver ricevuto la liquidazione della prestazione?</p>	<p>Qualora il Beneficiario, cui spetta tutto o parte del beneficio, deceda dopo l'Assicurato, ma prima che la somma a lui spettante sia stata versata dalla Compagnia, la quota parte viene corrisposta agli eredi legittimi del Beneficiario deceduto, come di seguito indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nel caso in cui sia stato delegato un esecutore testamentario o Notaio a ricevere le somme e a distribuirle, la Compagnia dovrà corrispondere l'importo dovuto all'esecutore/Notaio, il quale gestirà la corretta ripartizione tra gli eredi del Beneficiario deceduto; b) in mancanza di tale delega, valgono le comuni leggi successorie: la Compagnia corrisponderà il capitale direttamente agli eredi del Beneficiario, secondo le quote spettanti, previa dimostrazione da parte di ciascuno degli eredi del Beneficiario della propria qualità di erede, della quota ad essi spettante e dell'accettazione dell'eredità. <p>Vista la complessità del caso, si invitano gli eredi del Beneficiario deceduto a contattare la Compagnia per conoscere quale documentazione presentare per ottenere il pagamento della prestazione.</p>

Art. 5 – Limiti di età

L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati, inclusi nell'Anagrafica predisposta dal Contraente, che alla Data di inclusione abbiano compiuto 18 (diciotto) anni di Età Assicurativa e non abbiano ancora compiuto 68 (sessantotto) anni di Età Assicurativa.

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

Art. 6 – 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.

<p>Art. 1927 Codice Civile - Suicidio dell'assicurato</p> <p>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.</p> <p>2. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi [1901, 1924], non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.</p>
--

Art. 7 – Esclusioni: cosa non è coperto

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

- a) Dolo del Beneficiario;
- b) Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) Partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d) Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- e) Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Salvo quanto diversamente pattuito tra il Contraente e la Società in relazione alle caratteristiche del gruppo assicurato, ed espressamente richiamato nella Proposta di assicurazione accettata dal Contraente e riportato nella Polizza, si intenderanno operanti anche le seguenti esclusioni:

- f) 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;

- g) Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- h) 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), 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.).

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

Art. 8 – Sinistro che colpisca più Assicurati: massimali

L'Assicurazione è estesa anche al Sinistro 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 impiegati presso il medesimo Datore di lavoro, la Società corrisponderà fino ad un importo complessivo massimo pari a 6 (sei) volte la Somma assicurata media nell'anno solare in corso al momento del Sinistro, 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 Associate al medesimo Contraente, la Società corrisponderà fino ad un importo massimo totale di € 10.000.000 (dieci milioni).

Se le Somme Assicurate complessivamente dovute eccedessero tali massimali, la Società 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. 9 – Conclusione del Contratto di assicurazione e durata della garanzia assicurativa

Il Contratto di assicurazione si intende concluso nel momento in cui la Società riceve la Proposta di assicurazione (o Scheda di Adesione) sottoscritta dal Contraente per accettazione.

Le istruzioni per scaricare, compilare e trasmettere la Scheda di Adesione sono fornite al Contraente dall'Intermediario.

Il Contratto di assicurazione decorre dalla Data di decorrenza indicata nel Certificato 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. Sono fatti salvi gli eventuali diversi termini di durata e disdetta concordati per iscritto tra il Contraente e la Società.

Il Contraente è tenuto a versare il Premio secondo le modalità e i termini indicati nel Certificato di assicurazione e agli artt. 14 e 15 delle presenti Condizioni generali: **in caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'Assicurazione e le relative garanzie restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.**

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

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

Con riferimento a ciascun Assicurato, l'Assicurazione cessa:

- il giorno di risoluzione, per qualsivoglia motivo, del rapporto di lavoro e/o di collaborazione intercorrente tra l'Assicurato e il Contraente o il Datore di lavoro associato;
- al termine del Periodo di assicurazione, salvo rinnovo;

- in caso di decesso dell'Assicurato.

Art. 10 – Ingresso e permanenza in Assicurazione

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

- al corretto pagamento del Premio;
- nei soli casi previsti dalla legge, alla presentazione del consenso sottoscritto dall'Assicurato ai sensi dell'art. 1919, comma 2 del Codice Civile, attraverso la sottoscrizione del modulo reso disponibile dalla Società.

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

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

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

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

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

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

Nei casi in cui l'Assicurazione non sia stata disdettata da una delle Parti, al fine di consentirne il relativo rinnovo, il Contraente si impegna a comunicare alla Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza annuale dell'Assicurazione, ogni variazione rilevante intervenuta rispetto alla propria struttura societaria, agli Associati e alla popolazione assicurata.

Art 11 – Variazioni della popolazione assicurata in corso di contratto

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

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

In entrambi i casi si applicheranno le seguenti regole operative:

- entro 10 (dieci) giorni dalla fine di ciascun mese il Contraente trasmette alla Società l'Anagrafica aggiornata della popolazione assicurata, evidenziando ogni variazione in entrata e in uscita riferibile al mese stesso;
- sulla base di tale Anagrafica aggiornata, la Società emette le relative appendici di variazione e di regolazione del Premio;
- per tutte le inclusioni in copertura, la Società applica un rateo di Premio calcolato come sopra;
- le regolazioni di Premio derivanti dalle variazioni in aumento della popolazione assicurata in corso di contratto vengono effettuate dal Contraente entro 30 (trenta) giorni dalla fine di ciascun mese. **In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, le coperture assicurative degli Assicurati entranti restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio.** Fatti salvi i casi di sospensione per mancato pagamento del Premio nei termini previsti dall'Assicurazione, le coperture per ciascun Assicurato decorrono dalle ore 00:00 della Data di

inclusione in copertura e terminano alle ore 24:00 della data indicata nella Polizza e nelle relative appendici;

- ogni variazione in uscita degli Assicurati deve essere richiesta per iscritto dal Contraente. Per gli Assicurati uscenti le coperture assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno in cui si è verificata la situazione che ha comportato la cessazione della copertura comunicata dal Contraente (es. risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarichi ecc.). Nel caso di variazioni in uscita, la Società rimborsa al Contraente il rateo di Premio non goduto, calcolato come sopra, entro 30 (trenta) giorni dalla fine di ciascun mese.

Art 12 – Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati

La copertura è attiva subito per tutti gli Assicurati che, alla Data di decorrenza della Polizza, risultino essere attivamente al lavoro.

Gli Assicurati che alla Data di decorrenza della Polizza risultassero non attivi al lavoro per motivi di malattia, infortunio o cura/riabilitazione potranno rientrare in copertura al termine della malattia, infortunio o cura/riabilitazione.

Gli Assicurati positivi a tampone Covid-19 potranno rientrare in copertura a guarigione avvenuta (secondo tampone negativo). In tutti gli altri casi i dipendenti non attivi alla Data di decorrenza della Polizza rientreranno automaticamente in copertura al ritorno in attività.

A tal fine è richiesta la produzione della documentazione attestante in rientro in attività o, per il caso di malattia, documentazione medica attestante la cessazione della malattia, infortunio o cura/riabilitazione o dell'intervenuta guarigione da Covid-19.

Un nuovo Assicurato che intenda entrare nel programma assicurativo successivamente all'attivazione dello stesso sarà automaticamente preso in copertura purché sia abile al lavoro alla data di assunzione e/o inizio del rapporto di collaborazione con il datore di lavoro, ferme restando le limitazioni di cui al punto precedente.

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

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

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

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

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

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

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

1. Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

2. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 13 – Disdetta e diritto di recesso

Il Contratto può essere disdetto dal Contraente a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della sua scadenza annua.

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

Parte III – Il pagamento dei premi

Art. 14 – Premi di assicurazione

Il Premio, dovuto dal Contraente per ciascun Assicurato è determinato in misura fissa, secondo quanto previsto nella tabella di seguito riportata e varia in funzione della Somma Assicurata.

In caso di decesso di un Assicurato con uno o più figli minori, la Somma Assicurata liquidata dalla Società è raddoppiata.

	Somma Assicurata	Premio Annuo
OPZIONE A	10.000 Euro Raddoppio in caso di figli minori	13,5 Euro
OPZIONE B	20.000 Euro Raddoppio in caso di figli minori	26 Euro
OPZIONE C	30.000 Euro Raddoppio in caso di figli minori	38 Euro
OPZIONE D	35.000 Euro Raddoppio in caso di figli minori	45 Euro
OPZIONE E	50.000 Euro Raddoppio in caso di figli minori	60 Euro

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

Periodicamente la Società provvede a calcolare le variazioni del Premio a carico del Contraente, emettendo le relative appendici di Polizza, sulla base delle variazioni in entrata e in uscita della popolazione assicurata, secondo i termini e le modalità indicate all'art. 11 delle presenti Condizioni generali.

Art. 15 – Pagamento dei premi e risoluzione del contratto

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

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

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

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

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

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

Parte IV – La gestione dei sinistri

Art. 16 – Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Società dell'Evento assicurato.

16.1. Decesso

Entro 30 (trenta) giorni dal decesso il Beneficiario dovrà contattare la Società e produrre i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l'intervenuto decesso, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

DECESSO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità di ciascun Beneficiario;
- Copia del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- 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.

Gli ulteriori documenti da consegnare nei casi di seguito indicati sono:

- **Per i Beneficiari eredi testamentari:** a) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso a che la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, dalla quale risulti quali sono i Beneficiari e che il Beneficiario sotto la propria responsabilità ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne siano altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari;
- **Per i Beneficiari eredi legittimi:** a) atto notorio redatto da un notaio indicante le generalità, stato civile, capacità ed età dei Beneficiari; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso a che la Società ne faccia uso secondo quanto disposto nonché l'indicazione di tutte gli eredi legittimi;
- **In presenza di eventuali Beneficiari minorenni o incapaci o sottoposti ad amministrazione di sostegno:** copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare che individui e autorizzi il legale rappresentante a riscuotere la somma dovuta, esonerando la Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento ed al reimpiego della stessa, e indichi il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito;
- **Nel caso in cui il pagamento debba essere fatto anche in favore degli eredi del Beneficiario**
- **Eredi legittimi:** a) atto notorio redatto da un notaio comprovante che il Beneficiario non abbia lasciato testamento ed indicante le generalità, stato civile, capacità ed età dei suoi eredi legittimi; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso a che la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, dalla quale risulti che gli eredi del Beneficiario, sotto la propria responsabilità, hanno espletato ogni tentativo e hanno compiuto quanto in loro potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi del Beneficiario
- **Eredi testamentari:** a) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso a che la Società ne faccia uso secondo quanto disposto, dalla quale risulti quali sono gli eredi del Beneficiario e che, sotto la propria responsabilità, il dichiarante ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento

presentato sia l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre agli eredi menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne siano altri e che nel testamento non siano presenti revoche o modifiche della suddetta designazione.

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

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

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

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

Art. 17 – 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 agli Assicurati all'atto della loro inclusione in copertura.

Al fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento della Somma assicurata e a titolo di servizio alla clientela, la Società è disponibile a mettere a disposizione del 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 Società per consentire alla medesima di presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi;
- un fac-simile del modulo di denuncia di Sinistro.

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

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

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

La Società e il 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.

Parte V – Disposizioni Generali

Art. 18 – Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente

Per la risoluzione di eventuali controversie concernenti il Contratto, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che gli stessi siano qualificabili come "Consumatori" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

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

Art. 19 – 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. 20 – Modifiche contrattuali

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

- a) intervengano dei cambiamenti legislativi, 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 Società o sul Contraente che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;

Alla prima Data di scadenza del Contratto e alle scadenze successive la Società 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. 21 – Modalità di consegna della documentazione informativa

La Società trasmette al Contraente la documentazione informativa prevista dalla legge su supporto cartaceo o, su richiesta del Contraente, su un supporto durevole non cartaceo. Il Contraente potrà richiedere di ricevere la documentazione informativa su supporto durevole selezionando tale opzione nella apposita sezione del modulo di Proposta e fornendo un indirizzo di posta elettronica valido al quale abbia regolarmente accesso. Nel caso in cui il Contraente opti per ricevere la per mezzo di un supporto durevole non cartaceo, esso avrà comunque diritto di ricevere gratuitamente, su richiesta, una copia in formato cartaceo.

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

Parte VI – Informativa Privacy

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

La presente informativa è anche pubblicata sul sito della Società. Il Titolare si riserva di aggiornare, in tutto o in parte, la presente informativa. Gli eventuali aggiornamenti saranno pubblicati sul Sito internet della Società. La presente Informativa viene resa anche nell'interesse del seguente titolare del trattamento: Swiss Re Life Capital Reinsurance Ltd, con sede in Mythenquai 50/60, 8022 Zurigo (CH).

A) Tipologia dei Dati

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

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

B) Finalità del trattamento dei Dati

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

Dati personali:

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

Categorie particolari di dati:

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

C) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati

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

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

D) Modalità del trattamento

I dati sono trattati mediante supporti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e nel rispetto delle misure di sicurezza necessarie ad impedire l'accesso non autorizzato, la perdita o distruzione anche accidentale e in generale il trattamento illecito dei dati, in conformità alle norme vigenti.

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

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

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

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

I dati personali trattati non sono oggetto di diffusione.

F) Trasferimento di dati all'estero

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

G) Conservazione dei dati

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

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

H) Diritti dell'interessato

L'Interessato può ottenere:

- la conferma dell'esistenza di dati che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- l'indicazione degli estremi identificativi dei titolari e dei responsabili del trattamento, nonché dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano 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, fax 02 9475 8599. La richiesta può essere trasmessa mediante raccomandata, fax o e-mail. Le richieste di cui ai primi tre punti possono essere formulate anche telefonicamente allo 02 8295 8920, chiedendo di essere messi in comunicazione con l'Ufficio Legale il quale, previa verifica dell'identità dell'interessato, fornirà le informazioni richieste.

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

I) Identificazione del titolare e dei responsabili del trattamento

Il titolare del trattamento è Elips Life Ltd (www.elipslife.com), con sede legale in Landstrasse 40, Triesen (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com, fax 02 9475 8599. L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti responsabili del trattamento a cui i dati sono comunicati può essere richiesto scrivendo alla Società ai recapiti sopra riportati.

Parte VII – Glossario

Anagrafica	L'elenco della popolazione assicurata per la quale si richiede la copertura, redatto a cura del Contraente e trasmesso alla Società.
Appendice	Il documento che forma parte integrante del Contratto di assicurazione e che viene emesso unitamente o in seguito al Certificato di Polizza per modificarne alcuni aspetti.
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto di assicurazione, che può coincidere o no con il Beneficiario.
Assicurazione (o Contratto di assicurazione)	Il contratto di assicurazione collettiva o di gruppo sottoscritto dal Contraente per conto di una collettività di Assicurati, con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la Prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi dell'Evento assicurato.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica che riceve la prestazione prevista dal Contratto assicurativo al verificarsi dell'Evento assicurato.
Certificato di assicurazione (o Polizza)	Il documento, rilasciato dalla Società, che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione e conferma le principali caratteristiche dell'Assicurazione.
Condizioni generali	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 Assicurati e si impegna a versare i Premi alla Società.
Data di decorrenza	Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue appendici, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
Data di inclusione	Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue Appendici, in cui il singolo Assicurato viene messo in copertura. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.
Datore di lavoro (o Associato)	La società o l'ente, con il quale l'Assicurato intrattiene un rapporto di lavoro, e che può essere raggruppato, convenzionato, associato o iscritto ad un fondo assistenziale o ad una cassa Contraente dell'Assicurazione.
Età assicurativa	L'Età assicurativa dell'Assicurato viene determinata alla Data di inclusione in anni interi e corrisponde: <ul style="list-style-type: none">• all'età compiuta dall'Assicurato, se non siano trascorsi più di 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno, o• all'età prossima da compiere, se siano trascorsi almeno 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno.
Evento assicurato	Il decesso dell'Assicurato.
Intermediario	Il broker MAG JLT Spa (codice RUI Ivass B000400942)
Periodo di assicurazione	Il periodo durante il quale il Contratto di assicurazione è efficace e le coperture sono operanti, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse. Se non diversamente specificato, per ciascun assicurato il Periodo di assicurazione decorre dalla Data di inclusione e termina alla data indicata nel Certificato di assicurazione.
Premio	Il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società a fronte delle Prestazioni assicurate.

Proposta di assicurazione	Il documento, rilasciato dalla Società, che riassume le condizioni del Contratto di assicurazione proposte e le principali caratteristiche dell'Assicurazione. Include le condizioni speciali.
Sinistro	Il verificarsi dell'Evento assicurato per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd Sede Secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Somma assicurata o Prestazione assicurata	Il capitale corrisposto dalla Società al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.
Territorio italiano	Il territorio della Repubblica italiana, comprensivo dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino

NAPOLI

via Francesco Crispi, 74
80121 Napoli
T +39 081 7619711 pbx
F +39 081 7619797
naples@magjlt.com

MILANO

via della Moscova, 3
20121 Milano
T +39 02 62711711
F +39 02 62711777
milan@magjlt.com

TORINO

via Cernaia, 2
10122 Torino
T +39 011 302811
F +39 011 386483
turin@magjlt.com

CATANIA

corso Italia, 302
95129 Catania
T +39 095 7227149
F +39 095 371511
catania@magjlt.com

PADOVA

via San Fermo, 26
35137 Padova
T +39 049 8234911
F +39 049 8234922
padova@magjlt.com

ROMA

Sede Legale
via delle Tre Madonne, 12
00197 Roma
T +39 06 85306540
F +39 06 85306565
rome@magjlt.com

MAG JLT SpA

CF e p.iva 07043531214

Iscr. REA Roma 1336532

Iscr. RUI B000400942

Cap. Sociale € 5.2000.000,00 iv

Pec magjlt@legalmail.it

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

ALLEGATO 3

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle assicurazioni private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 in tema di regole generali di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività, gli intermediari:

- a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto:
 - **consegnano/trasmettono** al contraente copia del documento (Allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40/2018) che contiene i dati essenziali dell'intermediario stesso e le informazioni sulla sua attività, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
 - forniscono al contraente in forma chiara e comprensibile informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentirgli di prendere una decisione informata;
- b) **sono tenuti a proporre o consigliare contratti coerenti** con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- c) **informano il contraente** della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto coerente con le sue richieste ed esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non coerente, lo informano di tale circostanza, specificandone i motivi, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione, sottoscritta dal contraente e dall'intermediario.
- d) **consegnano al contraente** copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, **copia della polizza e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto**;
- e) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i **seguenti mezzi di pagamento**:
 1. **assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità**, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. **ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;**
 3. **denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), con il limite consentito dalla vigente normativa nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.**



ALLEGATO 4

INFORMAZIONI RESE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DELLA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

AVVERTENZA

Ai sensi della vigente normativa, il distributore ha l'obbligo di consegnare al contraente il presente documento, che contiene notizie sul distributore medesimo, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con le sanzioni previste dall'articolo 324 del decreto legislativo n. 209/2005 Codice delle Assicurazioni Private ("Codice").

SEZIONE I - INFORMAZIONI GENERALI SULL'INTERMEDIARIO CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CONTRAENTE E SUL BROKER CHE INTERMEDIA IL CONTRATTO

1. INTERMEDIARIO (PERSONA FISICA) ISCRITTO AL REGISTRO DEGLI INTERMEDIARI (RUI) CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CLIENTE

Cognome e nome: **MAGGIANI ALESSIA**

N. Iscrizione al RUI: **B**

Sezione: **B000013315**

Data Iscrizione: **1 febbraio 2007**

Indirizzo Sede Operativa/Legale: **SEDE MILANO – VIA DELLA MOSCOVA 3 - 20121 MILANO (MI)**

Tel.: **02 62711739** Fax: **02 62711777** Email: **alessia.maggiani@magjlt.com**

PEC: _____ Sito Web: <http://www.magjlt.com/>

Nella sua qualità di:

- Ditta individuale
- Rappresentante legale
- Amministratore delegato
- Direttore Generale
- Responsabile dell'attività d'intermediazione
- Addetto all'intermediazione al di fuori dei locali del broker (dipendente/collaboratore)
- Addetto all'intermediazione al di fuori dei locali del *collaboratore* (persona fisica o giuridica) del broker
- Responsabile dell'attività di intermediazione del *collaboratore* (persona giuridica) del broker

2. INTERMEDIARIO NON ISCRITTO AL REGISTRO DEGLI INTERMEDIARI (RUI) CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CLIENTE

Cognome e nome: _____

- Addetto all'intermediazione all'interno dei locali del broker (ad esempio dipendente)
- Addetto all'intermediazione all'interno dei locali del collaboratore (persona fisica o giuridica) del broker



Nel caso in cui l'intermediario che entra in contatto con il cliente sia un addetto/responsabile di un *collaboratore* del broker anche a titolo accessorio compilare il seguente riquadro (da non compilare nel caso in cui la persona fisica di cui al punto 2 sia un dipendente del broker):

Il soggetto di cui sopra opera per conto del seguente *collaboratore, anche a titolo accessorio*, del broker:

Nome Cognome/Denominazione sociale _____

Sede operativa _____

N° Iscrizione RUI Sez.E _____ (ovvero) N° Iscrizione RUI Sez. E accessorio _____

Data iscriz. _____

Telefono _____ E-mail _____

3. ATTIVITÀ SVOLTA PER CONTO DI:

MAG JLT S.p.A.

Via delle Tre Madonne, 12 – 00197 ROMA

Tel.: 06/85306540 Fax: 06/85306565 indirizzo internet. www.magjlt.com

Mail: rome@magjlt.com PEC: magjlt@legalmail.it

Iscrizione al Registro degli Intermediari Assicurativi

Numero: B000400942

Data: 5 Dicembre 2011

Sezione: B

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario, sopra forniti, possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) sul sito IVASS (www.ivass.it) – Autorità Competente alla Vigilanza: Ivass – Via del Quirinale, 21 -00187 Roma

SEZIONE II - INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ SVOLTA DALL'INTERMEDIARIO ASSICURATIVO E RIASSICURATIVO

- L'attività di MAG JLT SPA viene svolta su incarico del cliente
- MAG JLT SPA ha in corso rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'art. 22 D.L. 179/2012 convertito in L. 221/2012. L'elenco di tali rapporti è disponibile sul sito www.magjlt.com.
- Con riferimento al pagamento dei premi MAG JLT SPA dichiara di aver costituito ai sensi dell'art.117 comma 3 bis del Codice delle Assicurazioni una fideiussione a garanzia della capacità finanziaria richiesta dalla stessa norma, pari al 4% (quattro per cento) dei premi incassati, con un minimo di Euro 18.750= (diciottomilasettecentocinquanta).

SEZIONE III - INFORMAZIONI RELATIVE ALLE REMUNERAZIONI

Il compenso relativo all'attività svolta da MAG JLT SPA per la distribuzione del presente contratto è rappresentato da:

- Onorario corrisposto direttamente dal cliente pari ad Euro: _____
(Ove non sia possibile specificare l'importo indicare il metodo di calcolo: _____)
- Commissione inclusa nel contratto assicurativo;
- Altra tipologia di compenso;
- Combinazione delle diverse tipologie di compensi di cui sopra.

Informazioni relative alla misura delle provvigioni riconosciute dalle Imprese per i contratti RCA

(in attuazione alle disposizioni dell'art. 131 del Codice delle Assicurazioni e del Regolamento Isvap n. 23/2008 che disciplinano la trasparenza dei premi e delle condizioni del contratto nell'assicurazione obbligatoria veicoli e natanti)

Per i contratti RCA, viene allegata una tabella (allegato 1) nella quale sono specificati i livelli **provvisoriamente riconosciuti all'intermediario** dall'impresa di assicurazione.

Le provvigioni in cifra fissa ed in percentuale sul premio lordo, riconosciute per il contratto proposto, cui la presente informativa si riferisce, sono invece rilevabili dal preventivo o dallo stesso contratto. Nel caso di contratto intermediato tramite Agenzia di assicurazione ovvero altro intermediario, le provvigioni indicate sono quelle riconosciute dall'Impresa di assicurazione all'intermediario che colloca il contratto, mentre quelle riconosciute da quest'ultima al broker, **facoltativamente indicate**, sono parte delle precedenti e non rappresentano quindi un aumento del premio.

Informazioni relative alla misura delle provvigioni riconosciute dall'Impresa per prodotti Ibips

(In attuazione delle disposizioni dell'art. 121 sexies del Codice delle Assicurazioni che disciplinano gli obblighi di trasparenza delle remunerazioni sui prodotti di investimento assicurativo le informazioni devono riguardare non solo la natura delle remunerazioni ma anche il costo del prodotto (caricamenti) in forma aggregata; su richiesta del contraente anche in forma analitica.

1. costo caricamenti _____ (in termine assoluto e percentuale sull'ammontare complessivo).
2. provvigione percepita _____ (solo su richiesta)

SEZIONE IV - INFORMAZIONI RELATIVE A POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'intermediario che entra in contatto con il contraente e MAG JLT SPA

dichiarano che

- MAG JLT SPA NON detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'impresa di assicurazione
- L'intermediario che entra in contatto con il contraente NON detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'impresa di assicurazione
- nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'intermediario che entra in contatto con il contraente o di MAG JLT SPA.;

inoltre con riguardo al contratto proposto MAG JLT SPA dichiara che:

- fornisce una consulenza ai sensi dell'art. 119-ter comma 3 del Codice ;
- fornisce una consulenza fondata su un'analisi imparziale e personale ai sensi del comma 4 dell'art. 119 -ter del Codice;
- propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione e non fornisce consulenza. La denominazione delle Imprese di Assicurazioni con cui ha o potrebbe avere rapporti di affari è disponibile su sito www.magjlt.com.

SEZIONE V - INFORMAZIONI SUGLI STRUMENTI DI TUTELA DEL CONTRAENTE

MAG JLT SPA informa che:

- a) L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
- b) Il contraente, l'assicurato o comunque l'avente diritto, tramite consegna a mano, via posta o mediante supporto informatico ha facoltà di proporre reclamo per iscritto al Broker al seguente indirizzo:

MAG JLT SPA
UFFICIO RECLAMI
Via Francesco Crispi, 74 – 80121 NAPOLI
Indirizzo e-mail: ufficioreclami@magjlt.com

Nel caso in cui non si ritenesse soddisfatto dall'esito del reclamo o, in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo, il contraente e/o l'assicurato può rivolgersi all'Ivass – Servizio Vigilanza Intermediari – Via del Quirinale 21-00187- Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario.

In caso di rapporti di collaborazione tra intermediari il reclamo è gestito dall'intermediario che ha il rapporto diretto con l'Impresa di assicurazione definito ai sensi del Regolamento Ivass n. 24/2008, intermediario collocatore.

In tali casi, fatto salvo il diritto del Contraente di inviare copia del reclamo anche all'intermediario proponente di cui al punto 3, il reclamo deve essere trasmesso al seguente intermediario:

da compilare solo nel caso di collaborazione con Intermediari
(B/B) riportare indirizzo, recapiti di posta elettronica e Pec del broker collocatore;
(B/A) riportare indirizzo, recapiti di posta elettronica e Pec dell'agenzia assicurativa che ha emesso il contratto esclusivamente nell'ipotesi in cui il rapporto con l'agenzia non sia stato ratificato ex art. 118 cap.

- che il contraente ha la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, ovvero di ricorrere a sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie previsti dalla normativa vigente;

- che il contraente ha la possibilità di rivolgersi al Fondo di Garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e riassicurazione, istituito presso la Consap, Via Yser 14, 00198 Roma, telefono 06/857961 E-mail: segreteria.fgs@consap.it per chiedere, laddove ne esistano i presupposti ed il diritto a farlo, il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività d'intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.

- Con riferimento al contratto proposto emesso/emittendo MAG JLT SPA dichiara di seguito la denominazione dell'impresa di cui intermedia il contratto e l'eventuale autorizzazione – in forza di un accordo sottoscritto con la stessa – ad incassare i premi e/o a pagare le somme dovute agli assicurati, evidenziando le relative conseguenze per il contraente ai sensi dell'art. 118 del Codice:

DENOMINAZIONE SOCIALE DELL' IMPRESA DI ASSICURAZIONE (In caso di Agenzia specificare anche la Compagnia Mandataria)
ELIPS LIFE LTD

Si dichiara che con la Compagnia/ Agenzia (Delegataria) che ha stipulato la presente polizza NON ESISTE accordo per l'incasso dei premi ai sensi dell' art. 118 D. Lgs. 209/2005.

Si dichiara che con la Compagnia/ Agenzia (Delegataria) che ha stipulato la presente polizza ESISTE accordo per l'incasso dei premi ai sensi dell' art. 118 D. Lgs. 209/2005.

In caso di sussistenza dell'accordo con l'impresa o con l'agenzia, ratificato dall'impresa in corso di validità che autorizza l'intermediario ad incassare i premi ai sensi dell'art.118 D. Lgs:

- Il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d. lgs. 209/2005 ha effetto liberatorio nei confronti del contraente e conseguentemente **impegna** l'impresa o, in caso di coassicurazione, tutte le imprese coassicuratrici a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

In caso di accordo con l'impresa o la Agenzia che autorizzi l'intermediario ad incassare i premi ma non ai sensi dell'art. 118 oppure qualora non esista alcun accordo:

Il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d. lgs. 209/2005 **NON ha effetto liberatorio** nei confronti del contraente e conseguentemente **NON impegna** l'impresa o, in caso di coassicurazione, tutte le imprese coassicuratrici a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

In tal caso, l'effetto liberatorio nei confronti del contraente e la copertura assicurativa oggetto del contratto decorrono dalla data riportata sulla quietanza rilasciata dall'impresa.

COLLABORAZIONE CON ALTRO INTERMEDIARIO (da inserire ove previsto):

MAG JLT SPA informa il cliente che l'intermediazione di questo contratto è effettuata in collaborazione con il broker che segue con il quale ha in corso rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221.:

RAGIONE SOCIALE: _____

ISCRIZIONE RUI: _____

DATA ISCRIZIONE: _____

RUOLO: _____

In questo caso il pagamento del premio non ha effetto liberatorio, ai sensi dell'art. 118 c.a.p. e 55 Reg. IVASS. La copertura è pertanto subordinata all'assolvimento degli obblighi assunti dal broker nei confronti del collega che ha il rapporto con gli assicuratori, purché quest'ultimo abbia ricevuto autorizzazione all'incasso dei premi ai sensi dell'art. 118 c.a.p. e 55 Reg. IVASS.

