

Assicurazione collettiva decesso "Quinto Sicuro"

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

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 a Premio unico anticipato, stipulato dal Contraente al fine di tutelare il proprio interesse in caso di decesso del Debitore Cedente a cui ha concesso un Finanziamento estinguibile mediante cessione di quote della pensione fino al quinto.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il Decesso da ogni causa del Debitore Cedente;
- ✓ L'Assicurazione prevede il pagamento della Somma assicurata in forma di capitale;
- ✓ La prestazione è pagata al Beneficiario in un'unica soluzione;
- ✓ L'importo della prestazione è pari al Debito residuo alla data del Decesso (il valore attuale, al TAN d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento e secondo il piano di ammortamento definito alla stipula dello stesso, delle rate residue di rimborso del Finanziamento, di competenza del periodo successivo al verificarsi del decesso ed includente le eventuali rate o frazioni di rata di rimborso del Finanziamento insolute a causa della temporanea interruzione/riduzione del diritto del Debitore Cedente alla pensione o di riduzione della quota ceduta da parte dell'Ente previdenziale).



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ Suicidio del Debitore Cedente, se avviene nel primo anno dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ✗ Infortuni già verificatisi o malattie già in essere non dichiarati alla data di sottoscrizione del Modulo per le dichiarazioni del Debitore Cedente o data riportata sul Questionario Medico / Certificato Anamnestico / Rapporto di Visita Medica e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ✗ partecipazione attiva del Debitore Cedente a delitti dolosi;
- ✗ Sinistri relativi a coperture assicurative che siano state accettate erroneamente in fase di assunzione a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente;
- ✗ Sinistri le cui cause di non indennizzabilità non siano state rilevate dall'Assicuratore a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Età del Debitore Cedente alla Data di decorrenza < 18 anni o ≥ 86 anni;
- ! Età del Debitore Cedente alla data stabilita per il pagamento dell'ultima rata del Finanziamento ≥ 88 anni;
- ! Debitore Cedente avente nazionalità/cittadinanza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America;
- ! Debitore Cedente che non percepisce alcun emolumento da un Ente previdenziale italiano;
- ! Debitore Cedente che non ha prestato consenso scritto ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- ! Finanziamento di durata < 24 mesi o > 120 mesi
- ! Finanziamento per un montante complessivo > € 140.000,00
- ! Mancato superamento degli accertamenti sanitari obbligatori



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione ha validità nel mondo intero.



Che obblighi ho?

- Comunicare al Debitore Cedente la necessità che il Finanziamento sia garantito contro il rischio di decesso e l'intenzione di sottoscrivere la copertura;
- Consegnare ai Debitori Cedenti l'informativa sul trattamento dei dati personali e raccogliere la relativa dichiarazione di consenso;
- Richiedere ai Debitori Cedenti di fornire le informazioni di carattere sanitario indispensabili alla preventiva valutazione del rischio;
- Verificare che il Debitore Cedente abbia correttamente compilato e sottoscritto il Modulo per le dichiarazioni del Debitore Cedente e trasmetterlo all'Assicuratore insieme alla documentazione indicata nelle Condizioni di assicurazione come necessaria;
- Assicurare che i Debitori Cedenti ricevano copia di ogni documento da essi sottoscritto relativamente alla copertura assicurativa;
- Versare all'Assicuratore i Premi assicurativi nei tempi e con le modalità concordate;
- Entro 60 (sessanta) giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza del decesso del Debitore Assicurato, comunicarlo all'Assicuratore e, anche in seguito, produrre i documenti richiesti e necessari a processare la pratica di valutazione e liquidazione del sinistro.



Quando e come devo pagare?

Per ciascun Debitore Assicurato, il Contraente è tenuto a pagare il Premio tramite bonifico bancario secondo le modalità ed i termini concordati con l'Assicuratore e comunque entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Con riferimento al singolo Debitore Cedente:

- il Contratto si intende concluso nel momento in cui il Contraente riceve il Documento di presa in copertura del Debitore Cedente;
- la Data di decorrenza della copertura assicurativa del Debitore Cedente è indicata nel Documento di presa in copertura del Debitore Cedente;
- fatti salvi i casi di eventuale estensione di efficacia, la durata della copertura è pari al periodo di tempo intercorrente tra la Data di decorrenza e la data stabilita per il pagamento dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento.



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

Revoca: il Contratto può essere revocato per iscritto fino al momento della sua conclusione.

Cancellazione: il Contraente che non abbia ancora pagato il Premio ha facoltà di richiedere la cancellazione della Polizza entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza.

Recesso: il Contraente ha 30 (trenta) giorni di tempo dalla conclusione del Contratto per esercitare il diritto di recesso, dandone comunicazione scritta all'Assicuratore. L'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio versato al netto della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione e l'estinzione del contratto nella misura di € 35 (trentacinque).



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Assicurazione collettiva decesso "Quinto Sicuro"



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: Luglio 2022 – 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 Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale della Compagnia. 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 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 a Milano.

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?

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



Rischi esclusi

Che cosa NON è assicurato?

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.



Cosa fare in caso di evento?

Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Compagnia?

Denuncia di sinistro: Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata, il Beneficiario deve trasmettere la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria correlata tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, all'indirizzo indicato dalla Compagnia.

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: la Compagnia si impegna a pagare la Somma assicurata dovuta entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta necessaria ad accertare il decesso.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Come previsto dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente/Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo; se rese con dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto; se non vi è dolo o colpa grave, possono comportare il recesso da parte della Compagnia.



Premio

Quando e come devo pagare?

Non sono previsti meccanismi di indicizzazione/adeguamento del Premio.

Il Premio, dovuto dal Contraente per ciascun Debitore Cedente è unico e anticipato e calcolato secondo i tassi riportati nella Convenzione collettiva. Il Premio è calcolato moltiplicando il Montante alla Data di decorrenza del Finanziamento per il corrispondente tasso funzione della età del Debitore Cedente alla Data di decorrenza della Copertura e della sua durata.

Rimborso

In caso di estinzione anticipata integrale del Finanziamento da parte del Debitore o di Portabilità, l'Assicuratore restituirà al Contraente la parte di premio non goduto, al netto dei costi di emissione e di estinzione. In caso di estinzione del Finanziamento derivante dalla liquidazione del Sinistro, la Compagnia non sarà tenuta a restituire alcuna parte di premio non goduto.

Sconti

Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso del Premio già pagato, in caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento. Non sono previsti sconti di Premio da parte della Compagnia.



Durata Sospensione

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

In caso di mancato pagamento del Premio entro i termini concordati, 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 e fatto salvo il caso di cessazione della copertura in caso di mancato pagamento del Premio o di mancata erogazione del Finanziamento entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza.



Revoca Recesso Risoluzione

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

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

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

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



Valori di riscatto e riduzione

Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Il Contratto non prevede riscatti o riduzioni.

Richiesta di informazioni

Per ulteriori informazioni sul Contratto si invita a contattare direttamente Elips Life Ltd all'indirizzo mail: contatto.it@elipslife.com



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle società finanziarie o agli istituti di credito che hanno l'esigenza di tutelarsi in caso di decesso del Debitore Cedente al quale abbiano concesso un Finanziamento estinguibile mediante cessione di quote della pensione fino al quinto ai sensi del D.P.R. n. 180 del 1950 ss.mm.ii.



Quali costi devo sostenere?

I costi sono a carico del Contraente:

- Diritti fissi pari a 30 euro
- Costi di gestione: 23 %.
- Costi di intermediazione: 0,5% del premio al netto delle imposte

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

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 modo dettagliato le ragioni e i fatti che hanno portato al reclamo. La Compagnia darà risposta entro e non oltre 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo.

Nel caso il soggetto che ha scritto il reclamo non si ritenesse soddisfatto dell'esito o non ricevesse riscontro entro i 45 giorni, potrà scrivere a: IVASS – Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma a mezzo posta, oppure trasmetterlo via fax al numero 06.42.133.206. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

All'IVASS

Reclami all'autorità del Liechtenstein

I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein):

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

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'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 alla Compagnia.

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 la Compagnia che ha stipulato il contratto (rintracciabile al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) o all'IVASS, che provvede all'inoltro al sistema, dandone notizia al soggetto che ha aperto il reclamo.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Imposta sui Premi: I Premi delle coperture assicurative oggetto di questa Assicurazione non sono soggetti a imposta fiscale.

Tassazione delle Somme assicurate: Le Somme assicurate, corrisposte la 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 NELLA PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE): DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON SARA' POSSIBILE CONSULTARE L'AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO.



Condizioni di Assicurazione

Guida alla lettura

Le Condizioni di assicurazione sono uno strumento importante che contiene tutto ciò che riguarda il prodotto, diritti e doveri del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario (o dei Beneficiari) e anche della Compagnia.

Da qui lo sforzo della Compagnia per renderlo più facilmente fruibile attraverso una semplificazione del linguaggio, per quanto possibile, e un'impostazione grafica che punta a massima chiarezza e trasparenza. In particolare si segnala che:

- È stato messo a punto un format grafico con evidenziazioni e parentesi quadre per alcuni contenuti particolarmente rilevanti
- Con lo stesso obiettivo sono state realizzate le icone, che aiutano nell'individuazione più rapida di determinati argomenti
- Il navigatore, nella parte superiore delle pagine, ha funzione di orientamento immediato all'interno del testo
- I rimandi interni agli Articoli delle Condizioni di assicurazione nella versione PDF sono stati resi cliccabili e riconducono immediatamente all'Articolo indicato

Un'ultima nota

All'interno delle Condizioni di assicurazione la nomenclatura dei soggetti, Contraente, Assicurato e Beneficiario sono SOLO PER CONVENZIONE indicati al maschile.

Importante	Indica un contenuto che va letto con particolare attenzione	
Nota bene	Contiene testi di approfondimento ma anche indicazioni di valore, di cui tenere conto	
Cosa dice la legge	Qui si trovano brevi sezioni di Leggi importanti per le Condizioni di assicurazione	
Esempi	Nascono con l'intento di spiegare meglio alcuni passaggi delle Condizioni di assicurazione	

Glossario

Le parole con le iniziali maiuscole rimandano al Glossario

→ **Art. 12**

Questo simbolo rimanda ad un articolo diverso da quello in cui ti trovi, cliccandolo andrai direttamente alla parte interessata

→ **All. (1.5), All. (2), ecc.**

Questo simbolo rimanda ad un Allegato

Indice

Condizioni che regolano l'Assicurazione collettiva decesso "Quinto Sicuro"

Parte I	Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	3
Articolo 1	Oggetto	3
Articolo 2	Condizioni di assicurabilità	3
Articolo 3	Somma assicurata	4
Articolo 4	Beneficiario	4
Articolo 5	Limiti di età	5
Articolo 6	Suicidio	5
Articolo 7	Esclusioni. Cosa non è coperto dal Contratto	6
Articolo 8	Limiti territoriali	6
Parte II	Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	7
Articolo 9	Conclusione del Contratto e durata della garanzia assicurativa	7
Articolo 10	Ingresso e permanenza in Assicurazione	8
Articolo 11	Estinzione anticipata e portabilità del Finanziamento	10
Articolo 12	Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni del Debitore Cedente	11
Parte III	Il pagamento dei Premi	13
Articolo 13	Premi di Assicurazione	13
Articolo 14	Pagamento dei Premi e risoluzione del Contratto	13
Parte IV	La gestione dei Sinistri	14
Articolo 15	Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte dell'Assicuratore dell'Evento assicurato	14
Articolo 16	Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro	15
Parte V	Disposizioni Generali	16
Articolo 17	Foro competente	16
Articolo 18	Legge applicabile	16
Articolo 19	Modifiche contrattuali	16
Articolo 20	Modalità di consegna della documentazione informativa	17
Articolo 21	Diritto di revoca e recesso	17
Parte VI	Informativa Privacy	18
Parte VII	Glossario	22
Allegato 1.5	Documentazione sanitaria: accertamenti	24

Parte I

Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate

ARTICOLO 1

OGGETTO

Il presente Contratto di assicurazione collettiva di puro rischio, a Premio unico anticipato, è emesso a garanzia del mancato adempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso del Finanziamento concesso dal Contraente al Debitore Cedente, a seguito del decesso del Debitore Cedente stesso avvenuto nel corso del Periodo di assicurazione.

Nota bene

Cosa si intende per Assicurazione collettiva

Contratto stipulato da un'azienda, da un'associazione, da una cassa di assistenza o altro organismo, in qualità di contraente, in favore dei propri dipendenti, associati, assistiti, clienti. Il rischio da coprire è riferito a tutti coloro i quali fanno parte di un gruppo omogeneo e ben definito di persone (ad esempio, tutti i dipendenti appartenenti alla medesima categoria professionale).

ARTICOLO 2

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

L'Assicurazione può essere prestata a patto che siano rispettate tutte le **condizioni di assicurabilità previste nelle presenti Condizioni di assicurazione e che il Debitore Cedente:**

- abbia sottoscritto una richiesta di Finanziamento di nuova emissione, la cui durata sia compresa tra 24 (ventiquattro) e 120 (centoventi) mesi e il cui montante complessivo non ecceda l'importo di € 140.000,00 (centoquarantamila);
- percepisca emolumenti da qualsiasi Ente previdenziale italiano;
- sia una persona fisica non avente nazionalità/cittadinanza in Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America;
- abbia prestato il proprio consenso scritto alla stipulazione di un Contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;

- abbia superato positivamente il percorso di accertamento preventivo delle sue condizioni di salute descritto dalle presenti Condizioni di assicurazione → [Art. 12.](#)

Non sono assicurabili i Debitori Cedenti che percepiscano le seguenti tipologie di pensioni:

- pensioni e assegni sociali;
- invalidità civili;
- assegni mensili per l'assistenza ai pensionati per inabilità;
- assegni di sostegno al reddito (VOCRED, VOCOOP, VOESO);
- assegni al nucleo familiare;
- pensioni con contitolarità per la quota parte di non pertinenza del soggetto richiedente la cessione;
- prestazioni di esodo ex art. 4, commi da 1 a 7 – ter, della Legge n. 92/2012.

ARTICOLO 3

SOMMA ASSICURATA



Ferme le esclusioni di cui → [Art. 7](#) delle presenti Condizioni di assicurazione e i massimali previsti dall'Assicurazione, il Contratto di assicurazione prevede, in caso di decesso del Debitore Cedente, qualunque possa esserne la causa, la liquidazione in un'unica soluzione della Somma assicurata al Beneficiario (così come definito 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 corrisponde al Debito Residuo calcolato all'evento decesso.

Somma assicurata massima: la Somma assicurata (in relazione al presente Contratto di assicurazione e in aggregato rispetto ad eventuali ulteriori contratti di assicurazione a copertura di altri Finanziamenti sottoscritti dal Debitore Cedente) può andare ad un massimo di **€ 140.000,00 (centoquarantamila)**.

ARTICOLO 4

BENEFICIARI

Beneficiario delle Prestazioni assicurate è il Contraente o la persona giuridica, eventualmente indicata dal Contraente.

Fermo quanto sopra, è facoltà del Contraente richiedere alla Compagnia l'emissione di un'appendice di vincolo in favore del nuovo Beneficiario nei termini e alle condizioni che seguono:

- nei soli casi di cessione del credito del Finanziamento in relazione al quale è stata sottoscritta la copertura (al di fuori delle operazioni di cartolarizzazione in cui il cessionario sia una società veicolo iscritta nell'apposito albo tenuto da Banca d'Italia e il Contraente continui a gestire gli incassi delle rate del Finanziamento) e, inoltre,
- solo in favore del cessionario del credito del Finanziamento, affinché quest'ultimo ne divenga nuovo Beneficiario (eventualmente anche irrevocabile).

L'efficacia del suddetto vincolo comporta che qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richieda l'assenso scritto del cessionario vincolatario.

Il vincolo della Polizza in favore del nuovo Beneficiario dovrà essere specificamente notificato dal Contraente all'Assicuratore, unitamente alla conferma per accettazione del cessionario, inviando a mezzo PEC l'apposito modulo "Comunicazione costituzione vincolo su polizza" predisposto dall'Assicuratore e allegato in fac-simile alla Convenzione collettiva e trasmettendo all'Assicuratore i tracciati eventualmente concordati da Convenzione collettiva. Il vincolo della Polizza in favore del nuovo Beneficiario diviene efficace soltanto quando l'Assicuratore provveda a prenderne atto con l'emissione di specifica appendice.

Laddove la nomina del nuovo Beneficiario sia irrevocabile e il nuovo Beneficiario dichiara per iscritto di voler profittare del beneficio (ai sensi all'art. 1921 c.c.), l'efficacia del vincolo è altresì subordinata al positivo espletamento delle necessarie operazioni di identificazione del nuovo Beneficiario previste dalla normativa antiriciclaggio per tempo vigente ed applicabile.

In ogni caso, il Contraente dovrà, in ogni forma che sia a ciò congeniale, garantire che il vincolo in favore del nuovo Beneficiario non aggravi la gestione delle Polizza e dei Sinistri da parte dell'Assicuratore, restando in ogni caso lo stesso Contraente il principale interlocutore dell'Assicuratore.

ARTICOLO 5

LIMITI DI ETÀ



Il Debitore Cedente, al fine di poter essere assunto in copertura, deve rispettare i seguenti limiti di età:

- alla Data di decorrenza deve aver compiuto **18 (diciotto) anni di età** e non deve ancora aver compiuto **86 (ottantasei) anni di età**;
- alla data stabilita per il pagamento dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento non abbia compiuto gli **88 (ottantotto) anni di età**.

ARTICOLO 6

SUICIDIO

In deroga a quanto previsto dall'articolo 1927 del Codice Civile, l'Assicurazione non copre il caso di decesso per suicidio del Debitore Cedente avvenuto nei **12 (dodici) mesi** dalla **Data di decorrenza**.

Articolo 1927 del 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.

Cosa dice la legge

ARTICOLO 7

ESCLUSIONI Cosa non è coperto dal Contratto

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

- a) dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- b) il suicidio del Debitore, se avviene nel primo anno dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione;
- c) Infortuni già verificatisi o Malattie già in essere e non dichiarati alla data di sottoscrizione del Modulo di Accettazione o data riportata sul Questionario Medico / Certificato Anamnestico / Rapporto di Visita Medica e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- d) partecipazione attiva del Debitore a delitti dolosi;
- e) Sinistri relativi a coperture assicurative che siano state accettate erroneamente in fase di assunzione a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente;
- f) Sinistri le cui cause di non indennizzabilità non siano state rilevate dalla Compagnia a causa del comportamento doloso o gravemente colposo, anche omissivo, del Contraente.

ARTICOLO 8

LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione è valida senza limiti territoriali.

Parte II

Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative

ARTICOLO 9

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DURATA DELLA GARANZIA ASSICURATIVA



Con riferimento alla presa in copertura del singolo Debitore Cedente, il Contratto di assicurazione si intende concluso nel momento in cui il Contraente riceve il Documento di presa in copertura del Debitore Cedente o altra comunicazione di accettazione equivalente.

Importante

A condizione che il Premio assicurativo corrispondente risulti pagato, la Data di decorrenza della copertura assicurativa del Debitore Cedente è indicata nel Documento di presa in copertura del Debitore Cedente. Nel caso in cui l'erogazione del Finanziamento (totale o parziale) sia antecedente la Data di decorrenza indicata nel Documento di presa in copertura del Debitore Cedente, la copertura assicurativa anticipa automaticamente la sua efficacia fino ad un massimo di 60 (sessanta) giorni.

Fatti salvi i casi di eventuale estensione di efficacia della copertura di previsti al paragrafo precedente e di cui all'art. 9.1 delle Condizioni di assicurazione, la durata della copertura assicurativa nei confronti del Debitore Cedente non può eccedere la durata del Finanziamento e comunque i 120 (centoventi) mesi (a cui vanno aggiunti gli eventuali 60 (sessanta) giorni come previsto al comma precedente), ed è pari al periodo di tempo intercorrente tra la Data di decorrenza e la data stabilita per il pagamento dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento.

La copertura assicurativa cessa al verificarsi della prima delle seguenti condizioni:

- alle ore 24:00 della data di termine del piano di ammortamento del Finanziamento;
- al compimento di 88 (ottantotto) anni di età del Debitore Cedente;
- alle ore 24:00 della Data di estinzione anticipata del Finanziamento, come previsto all'art. 11 delle Condizioni di assicurazione;
- al decesso del Debitore Cedente;
- in caso di recesso dalla copertura assicurativa come previsto all'art. 21 delle Condizioni di assicurazione;
- in caso di mancato pagamento del Premio o di mancata erogazione del Finanziamento entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza con effetto dalle ore 00:00 dalla Data di decorrenza stessa;

- in caso di mancato perfezionamento, inesistenza o nullità del contratto di Finanziamento con effetto dalle ore 00:00 dalla Data di decorrenza;
- in caso di manipolazione dolosa di uno o più documenti previsti per l'attivazione della copertura assicurativa con effetto dalle ore 00:00 dalla Data di decorrenza;
- in caso di recesso dal Finanziamento da parte del Debitore Cedente nei tempi previsti dalla legge e/o dal contratto di Finanziamento con effetto dalle ore 24:00 del giorno di recesso. In tal caso l'Assicuratore restituisce al Contraente il Premio versato al netto della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto, e delle spese amministrative sostenute. La suddetta restituzione avviene, anche a mezzo di compensazione, entro 30 (trenta) giorni dalla data in cui l'Assicuratore riceve notizia dell'intervenuto recesso dal Finanziamento.

9.1

Estensione di efficacia della copertura

Anche se ciò comportasse il superamento della durata massima di 120 (centoventi) mesi o del limite di età del Debitore Cedente di cui all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione la copertura assicurativa è ugualmente operante nei casi di seguito rappresentati.

In caso di ritardato addebito della prima rata del Finanziamento che comporti un corrispondente ritardo dell'inizio del piano di ammortamento rispetto a quello originariamente indicato, l'efficacia della copertura assicurativa potrà estendersi fino ad un massimo di 90 (novanta) giorni rispetto alla scadenza originariamente concordata..

In caso di temporanea interruzione del diritto del Debitore Cedente alla pensione o di riduzione della quota ceduta di quest'ultima e di attivazione della procedura di accodamento prevista dall'INPS, la copertura assicurativa potrà superare la scadenza originariamente pattuita per un periodo massimo di 18 (diciotto) mesi, al fine di ricomprendere nel Debito Residuo anche le rate o frazioni di rata non trattenute in precedenza ed accodate dall'INPS al termine del piano di ammortamento originario, secondo quanto previsto nella relativa procedura.

Importante

Il Contraente è tenuto a versare il Premio secondo le modalità e i termini indicati nella Convenzione collettiva: 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 e fatto salvo il caso di cessazione della copertura in caso di mancato pagamento del Premio o di mancata erogazione del Finanziamento entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza.

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

ARTICOLO 10

INGRESSO E PERMANENZA IN ASSICURAZIONE

L'attivazione delle coperture assicurative per ciascun Debitore Cedente è subordinata:

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari previsti, come indicato all'art. 12 delle presenti Condizioni di assicurazione;
- alla consegna di tutta la documentazione di seguito elencata;
- al corretto pagamento del Premio;
- alla presentazione del consenso debitamente sottoscritto dal Debitore Cedente ai sensi dell'art. 1919, comma 2 del Codice Civile.

Articolo 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..”

Cosa dice la legge



Il Contraente si impegna per ciascun Debitore Cedente per il quale venga richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a trasmettere all'Assicuratore i seguenti documenti:

- Modulo per le dichiarazioni del Debitore Cedente, dallo stesso sottoscritto e non più vecchio di 90 (novanta) giorni;
- Documentazione medica assuntiva in base ai criteri definiti all'art. 12 delle presenti Condizioni di assicurazione, non più vecchia di 120 (centoventi) giorni;
- Copia di un documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale;
- Copia di un Cedolino mensile della pensione, non più vecchio di 90 (novanta) giorni, per ciascun tipo di pensione percepita dal Debitore Cedente
- Copia del Certificato di pensione (Modello Obis M), non più vecchio di 12 (dodici) mesi, rilasciato dall'Ente previdenziale (richiesto solo in assenza di cedolino della pensione o qualora la quota cedibile comunicata dall'ente sia inferiore al 1/5 della pensione).
- In caso di neo pensionato sarà sufficiente presentare la lettera di liquidazione della pensione
- Comunicazione della quota cedibile, non più vecchia di 90 (novanta) giorni, rilasciata dall'Ente previdenziale (se disponibile) e;
- Copia dell'eventuale richiesta di pre-accettazione, disciplinata nella Convenzione collettiva, e del documento attestante l'esito positivo della valutazione della stessa.

ARTICOLO 11

ESTINZIONE ANTICIPATA E PORTABILITÀ DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata integrale del Finanziamento da parte del Debitore o di Portabilità, l'Assicuratore restituirà al Contraente la parte di premio non goduto secondo la formula di seguito indicata:

$$PR = \max \left(0; \left(PP \times (k + j) \times \frac{(m - t)}{m} \right) + \left(PP \times (1 - k - j) \times \frac{(m - t) \times (m - t + 1)}{m \times (m + 1)} \right) - E - A - \left(PP \times j \times \frac{(m - t)}{m} \right) \right)$$

Essendo:

PR= Premio Restituito all'atto dell'estinzione del Finanziamento (o Portabilità)

t= tempo trascorso in mesi alla data di richiesta di rimborso

PP= Premio Pagato all'atto della stipula del Finanziamento al netto di eventuali imposte e/o diritti

m= durata iniziale del Finanziamento in mesi

k= % costi dell'Assicuratore

j=% eventuali commissioni di intermediazione

E = costi di estinzione pari ad **€ 20 (venti)**

A = costi di emissione pari ad **€ 15 (quindici)**

Si precisa che in caso di estinzione del Finanziamento derivante dalla liquidazione del Sinistro, l'Assicuratore non è tenuto a restituire alcuna parte di Premio non goduto.

A titolo esemplificativo si ipotizzi che il Premio versato in unica soluzione sia di € 1.000, che la durata iniziale della copertura assicurativa sia di 120 mesi (10 anni) e che allo scadere del quinto anno (dopo 60 mesi) venga estinto integralmente il Finanziamento stesso.

Il Premio Restituito è così calcolato nell'ipotesi che:

k = 20%

j = 0%

$$PR = 1.000 \times 20\% \times \left(\frac{120 - 60}{120} \right) + 1.000 \times (1 - 20\%) \times \left(\frac{(120 - 60) \times (120 - 60 + 1)}{120 \times (120 + 1)} \right) - 20 - 15$$

Il Premio Rimborsato è quindi pari a € 266,65.

Esempio

ARTICOLO 12

DOCUMENTAZIONE SANITARIA: ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEL DEBITORE CEDENTE



Ai fini dell'attivazione delle coperture assicurative è previsto il preventivo accertamento delle condizioni di salute del Debitore Cedente secondo quanto di seguito riportato nella tabella → [All. 1.5 \(Allegato Documentazione sanitaria: accertamenti\)](#) alle presenti Condizioni di assicurazione.

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

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

L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari.

Cosa dice la legge

Articolo 1892 del 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.
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.
3. 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.

Cosa dice la legge

Articolo 1893 del 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.

Parte III

Il pagamento dei Premi

ARTICOLO 13

PREMI DI ASSICURAZIONE



Il Premio, dovuto dal Contraente per ciascun Debitore Cedente è unico e anticipato e calcolato per ciascun Debitore Cedente.

Il Premio è determinato secondo i tassi riportati nella Convenzione collettiva sottoscritta con il Contraente. I tassi di tariffa sono espressi in millesimi e variano in funzione dell'età del Debitore alla data di decorrenza della Polizza e della durata della copertura assicurativa.

Per ciascun Debitore Cedente, il Premio è pertanto calcolato moltiplicando il Montante alla Data di decorrenza del Finanziamento per il corrispondente tasso funzione della età di ciascun Debitore alla Data di decorrenza della Copertura assicurativa e della sua durata. All'importo così ottenuto vanno sommati i Diritti riportati nella Convenzione Collettiva.

ARTICOLO 14

PAGAMENTO PREMI DEI PREMI E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il Contraente è tenuto a pagare il Premio tramite bonifico bancario direttamente all'Assicuratore, secondo le modalità ed i termini concordati nella Convenzione collettiva e comunque entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza.

Importante

In caso di mancato pagamento del Premio entro i termini concordati nella Convenzione collettiva, 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 e fatto salvo il caso di cessazione della copertura in caso di mancato pagamento del Premio o di mancata erogazione del Finanziamento entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza.

Parte IV

La gestione dei Sinistri

ARTICOLO 15

DENUNCIA, ACCERTAMENTO E RICONOSCIMENTO DA PARTE DELL'ASSICURATORE DELL'EVENTO ASSICURATO



Entro 60 giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza del sinistro il Beneficiario e/o il Contraente si impegnano a comunicarlo all'Assicuratore e, anche in secondo momento, produrre i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l'intervenuto decesso, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e il relativo importo.

15.1

Decesso: quali documenti devo consegnare?



I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE SONO:

- Denuncia di Sinistro redatta sul "Modulo di denuncia sinistro" messo a disposizione dalla Compagnia e compilato secondo le modalità concordate con la stessa;
- Copia del certificato di morte, rilasciato dal comune di residenza del Debitore Cedente;
- Conteggio estintivo del Finanziamento alla data del Sinistro;
- Copia integrale del contratto di Finanziamento (corredato da atto di benessere);
- La Compagnia si riserva di richiedere documentazione relativa all'erogazione del Finanziamento (a titolo di esempio, copia contabile del bonifico bancario o dell'assegno emesso a favore del Debitore Cedente o evidenza da sistema gestionale);
- Ogni documento di carattere sanitario relativo al Debitore Cedente, pervenuto o in possesso dello stesso Contraente.

Importante

15.2

L'Assicuratore, si riserva il diritto di ricercare in autonomia ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente relative alle valutazioni che hanno influito sulla valutazione del rischio o sulle cause del decesso.

15.3

L'Assicuratore, ricevuta la documentazione di cui al punto 15.1 sopra, si riserva il diritto di esaminarla e, laddove la documentazione sia completa, entro 60 (sessanta) giorni dalla ricezione, procederà con l'indennizzo.



Importante

In caso di ritardo, oltre 120 giorni dal termine di cui al punto 15, l'Assicuratore liquiderà il Debito residuo teorico alla data della denuncia, come risultante dal piano di ammortamento originario.

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.

ARTICOLO 16

PROCEDURA DI TRASMISSIONE DELLA DENUNCIA DI SINISTRO

Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata prevista dal Contratto, il Beneficiario o il Contraente dovrà trasmettere la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria correlata tramite e-mail alla casella di posta elettronica claims.it@elipslife.com.

Le denunce di Sinistro incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Parte V

Disposizioni Generali

ARTICOLO 17

FORO COMPETENTE



Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente Contratto di assicurazione, sorta tra l'Assicuratore e il Contraente, **il foro competente è, in via esclusiva, il Foro di Milano.**

ARTICOLO 18

LEGGE APPLICABILE



Al Contratto si applica la legge italiana.
Per tutto quanto non espressamente regolato, si applicano le norme di legge in materia

ARTICOLO 19

MODIFICHE CONTRATTUALI

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

- intervengano dei cambiamenti legislativi, regolamentari o giurisprudenziali applicabili al Contratto di assicurazione che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- intervengano dei cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto di assicurazione, sull'Assicuratore o sul Contraente che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- intervengano dei cambiamenti derivanti da circolari o pronunce dell'INPS o di un qualsivoglia Ente previdenziale che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.

ARTICOLO 20

MODALITÀ DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE INFORMATIVA



L'Assicuratore 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 della Convenzione collettiva e fornendo un indirizzo di posta elettronica valido al quale abbia regolarmente accesso.

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

I Debitori Cedenti hanno diritto di ricevere gratuitamente una copia della documentazione precontrattuale e contrattuale che verrà loro consegnata dal Contraente.

ARTICOLO 21

DIRITTO DI REVOCA E RECESSO

Revoca: il Contratto può essere revocato per iscritto dal Contraente fino al momento della sua conclusione, secondo le modalità descritte nella Convenzione collettiva.

Cancellazione: dopo la conclusione del Contratto di assicurazione, il Contraente che non abbia ancora pagato il Premio ha facoltà la Polizza di richiedere la cancellazione della Polizza entro 120 (centoventi) giorni dalla Data di decorrenza secondo le modalità descritte nella Convenzione collettiva

Recesso: il Contraente ha 30 (trenta) giorni di tempo dalla conclusione del Contratto di assicurazione per esercitare il diritto di recesso per ripensamento, dandone comunicazione scritta all'Assicuratore secondo le modalità descritte nella Convenzione collettiva. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno dell'invio della comunicazione. L'Assicuratore, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della comunicazione del recesso, restituisce al Contraente il Premio versato al netto della parte di Premio per la quale la copertura ha avuto effetto e delle spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione e l'estinzione del contratto nella misura di € 35 (trentacinque).

Parte VI

Informativa Privacy

Elips Life Ltd, in qualità di titolare del trattamento (in seguito, “Titolare” o anche “Assicuratore”), 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 dell’Assicuratore.

La presente Informativa viene resa anche nell’interesse del seguente titolare del trattamento: Swiss Life International Holding AG, c/o Swiss Life AG General – Gusan – Quai 40, 8002 Zurigo (CH)

A) Tipologia dei Dati

Il Titolare potrà chiedere che vengano forniti sia dati comuni che categorie particolari di dati personali (cioè 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).

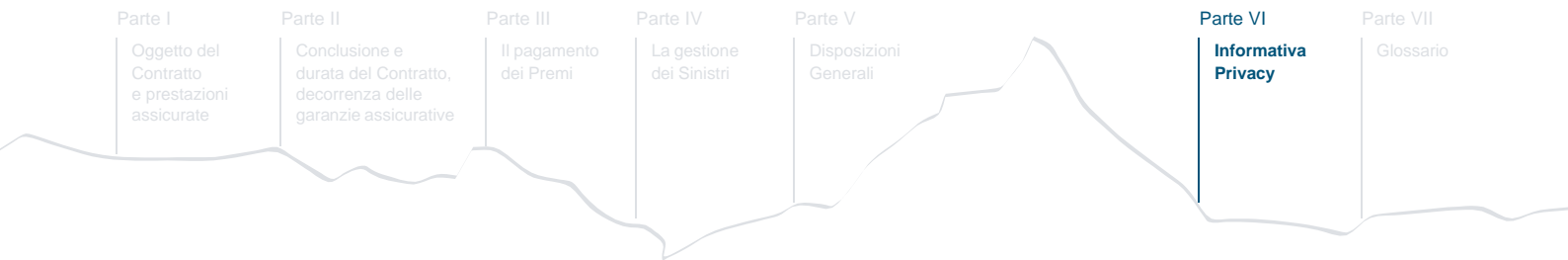
In particolare, saranno richiesti tra gli altri i seguenti dati: nominativo, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, recapiti telefonici o telematici (email), ecc.. I dati possono essere raccolti direttamente dall’Assicuratore, anche per il tramite del Contraente, o attraverso altri soggetti del rapporto assicurativo che collaborano con l’Assicuratore (ad es. distributori assicurativi) nonché dall’Interessato o dai familiari o aventi causa del Debitore Cedente 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 dell’Assicuratore 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 del Debitore Cedente), 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 all'Assicuratore 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 del Debitore Cedente 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 (vedi paragrafo 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 dall'Assicuratore ai seguenti soggetti terzi, in qualità di autonomi titolari del trattamento o designati dall'Assicuratore quali responsabili del trattamento:

- altri soggetti del settore assicurativo che collaborano con l'Assicuratore quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori e distributori;
- soggetti dei quali l'Assicuratore si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale (per esempio 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 (per esempio 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 l'Assicuratore è iscritta (es. ANIA);
- altre società Swiss Life International (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 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, fax o e-mail. Le richieste di cui ai primi tre punti possono essere formulate anche telefonicamente allo 02 8295 8903, 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, 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 all'Assicuratore ai recapiti sopra riportati.

Parte VII

Glossario

Assicuratore (o Compagnia) La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd Sede Secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.

Assicurazione (o Contratto) Il contratto di assicurazione collettiva sottoscritto dal Contraente per conto di una collettività di Debitori Cedenti, con il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la Somma assicurata in forma di capitale al verificarsi dell'Evento assicurato.

Beneficiario Il Contraente o la persona giuridica, eventualmente indicata dal Contraente.

Condizioni di assicurazione Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione in tutti i suoi aspetti.

Contraente La persona giuridica che stipula il Finanziamento con il Debitore Cedente e il Contratto di assicurazione con l'Assicuratore.

Convenzione collettiva Insieme di clausole che la Compagnia predispone per disciplinare aspetti particolari del Contratto. Le Condizioni speciali sono riportate in Polizza e prevalgono sulle Condizioni di assicurazione.

Data di decorrenza Il giorno, riportato in Polizza o in Appendice, a partire dal quale decorrono le coperture assicurative, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.

Debitore Cedente La persona fisica, mera portatrice del rischio assicurato dall'Assicurazione, che stipula con il Contraente un Finanziamento e che, ai fini del suo rimborso, dispone di una quota della propria pensione in favore dello stesso Contraente.

Debito residuo Il valore attuale, al TAN d'interesse convenuto nel contratto di Finanziamento e secondo il piano di ammortamento definito alla stipula dello stesso, delle rate residue di rimborso del Finanziamento, di competenza del periodo successivo al verificarsi del decesso ed includente le eventuali rate o frazioni di rata di rimborso del Finanziamento insolute a causa della temporanea interruzione/riduzione del diritto del Debitore Cedente alla pensione o di riduzione della quota ceduta da parte dell'Ente previdenziale o di differimento, o dilazione tecnica imputabile alle procedure operative adottate dall'Ente previdenziale, fino ad un massimo di 90 giorni, di inizio del piano.

Dichiarazione di Buono Stato di Salute La dichiarazione sottoscritta dal Debitore Cedente attestante il proprio stato di buona salute.

Documento di presa in copertura del Debitore Cedente

Il documento, rilasciato dall'Assicuratore, che attesta l'effettiva presa in copertura del Debitore Cedente e ne conferma le condizioni.

Ente previdenziale

L'ente erogante la pensione del Debitore Cedente, che, in base al Finanziamento, in qualità di terzo debitore ceduto è obbligato a versare al Contraente la quota ceduta della pensione del Debitore Cedente.

Evento assicurato

Il decesso del Debitore Cedente intervenuto nel corso del Periodo di assicurazione.

Finanziamento

Contratto di prestito ai sensi del D.P.R. 180/1950 e ss.mm.ii., in valuta Euro, sottoscritto tra il Contraente ed il Debitore Cedente e da rimborsarsi mediante cessione di quote della pensione in favore del Contraente, in relazione al quale lo stesso Contraente stipula con l'Assicuratore un contratto di assicurazione contro il rischio di Decesso del Debitore Cedente.

INPS

L'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.

Modulo per le dichiarazioni del Debitore Cedente

Il documento sottoscritto dal Debitore Cedente che contiene, tra le altre dichiarazioni, anche la formula con la quale egli/ella acconsente, ai sensi dell'art. 1919 c.c., alla stipulazione di una assicurazione sulla propria vita, rende il consenso al trattamento dei propri dati personali e, ove previsto, fornisce dichiarazioni sul proprio stato di salute.

Montante

La somma delle quote di pensione cedute dal Debitore Cedente a favore del Contraente ad estinzione del Finanziamento.

Premio

Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore a fronte della Somma assicurata.

Questionario Medico

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Debitore Cedente, da compilarsi a cura di quest'ultimo, che la Assicuratore 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 del Debitore Cedente, corredato dagli esami medici necessari all'Assicuratore al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.

Sinistro

Il verificarsi dell'Evento assicurato per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Somma assicurata

Il capitale corrisposto dall'Assicuratore al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.

