

Assicurazione collettiva in caso di decesso

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



Prodotto: “ Quinto Sicuro”

Data di realizzazione del documento: Gennaio 2026– il presente DIP aggiuntivo è l'ultimo disponibile

Scopo

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 contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

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 ed ha sede legale in Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (Liechtenstein). E' autorizzata a operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Elenco I, n. I.00131, ed è sottoposta al controllo della Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein.

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

L'ammontare del patrimonio netto di Elips Life Ltd. è pari a 141,8 milioni di Euro (di cui 13,0 milioni di Euro di capitale sociale e 128,8 milioni di Euro di riserve patrimoniali) e l'Annual Profit (risultato economico di periodo) è pari a 26,1 milioni di Euro.

[Dati anno fiscale 2024. I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono contenuti nella Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa, consultabile sul sito internet della Compagnia (<https://www.elipslife.com/en/che/Downloads>).

L'indice di solvibilità determinato in applicazione della normativa “Solvency II” è pari al 153,4% al 31.12.2024.]

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



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.



A chi è rivolto questo prodotto?

Banca o Intermediario Finanziario iscritto nell'albo ex art. 106 del TUB (post D.lgs. 141/2010) che svolge, tra l'altro, attività finanziaria di concessione di finanziamenti contro cessione del quinto di quote della pensione del Debitore ai sensi del D.P.R. n. 180 del 1950 e successive modificazioni e integrazioni e mediante conferimento di mandato irrevocabile a trattenere quote della pensione e che ai fini dell'erogazione dei finanziamenti ha la necessità, in base alle previsioni del DPR 180/50, che gli stessi siano garantiti dal rischio di decesso dello stesso Debitore.



Quali costi devo sostenere?

I costi del prodotto a carico del Contraente sono così ripartiti:

- costi gravanti sul Premio

- Diritti fissi pari a **0** euro
- Costi di gestione: **12** %.

- costi di intermediazione

La commissione mediamente percepita dagli intermediari per questo prodotto è pari al **0** % ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa. Non tiene conto di eventuali rappel e partecipazione agli utili.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio Reclami della Compagnia tramite posta o e-mail: Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami) Via San Prospero, 1 – 20121 Milano e-mail: reclami@pec.elipslife.com</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it.</p> <p>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</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	<p>Presentando ricorso: all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui la Compagnia aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.</p>
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	In alternativa al procedimento di Mediazione, è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, previsto come condizione di procedibilità (DM 6/11/2024 n. 215). 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	<p>Imposta sui Premi: I Premi delle coperture assicurative oggetto di questa Assicurazione non sono soggetti a imposta fiscale.</p> <p>Tassazione delle Somme assicurate: le Somme assicurate, corrisposte dalla copertura assicurativa, sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni.</p> <p>I premi per la copertura del rischio Morte danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 917/86, e successive modifiche e integrazioni. Se solo una parte del premio pagato per l'assicurazione è destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente per questa parte.</p>
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<p><i>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non e' tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</i></p> <p><i>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</i></p> <p><i>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile all'interno Informativa sul diritto all'oblio oncologico e e sul sito internet dell'impresa al seguente link (https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico).</i></p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<p><i>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</i></p>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<p><i>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.</i></p> <p><i>Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</i></p>



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
Articolo 22	Reclami e Arbitro Assicurativo	17
Parte VI	Informativa Privacy	19
Parte VII	Glossario	23
Allegato 1.5	Documentazione sanitaria: accertamenti	25

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:

- dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- il suicidio del Debitore, se avviene nel primo anno dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione;
- 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;
- partecipazione attiva del Debitore 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 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 falsificazione dei 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 60 (sessanta) 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, per qualsiasi causa 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 trattentate 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 DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata integrale del Finanziamento da parte del Debitore, 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 dell'estinzione

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:

- 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;
- 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;
- 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



Il Beneficiario o il Contraente comunicherà il decesso del Debitore Cedente all'Assicuratore e, anche in secondo momento, potrà 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:

- I sinistri potranno essere denunciati sulla base di un flusso estratto periodicamente dai sistemi di Prestitalia, contenente le principali informazioni del prestito e del sinistro occorso, che trae origine dall'informazione di sinistro, anche desunta dal flusso inviato dall'Ente pensionistico. Non sarà quindi necessario richiedere e presentare il certificato di morte né inviare alla Compagnia i documenti seguenti.
Solo qualora non sia possibile la denuncia via flusso, i documenti da trasmettere via PEC/email alla Compagnia sono i seguenti:
- Denuncia di Sinistro;
- Copia del certificato di morte o stringa del tabulato INPS
- Conteggio estintivo del Finanziamento alla data del Sinistro;
- Copia integrale del contratto di Finanziamento;
- 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), qualora il decesso sia avvenuto nei 60 giorni antecedenti la decorrenza della polizza;

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 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 del Debito Residuo alla data del decesso che tiene conto delle estensioni come previsto dal precedente art. 9.1, e entro i successivi 30 (trenta) giorni.



Importante

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 PEC alle caselle di posta elettronica sinistri@pec.elipslife.com e 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 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).

ARTICOLO 22

DIRITTO DI REVOCA E RECESSO

RECLAMI ALLA COMPAGNIA

Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio Reclami della Compagnia tramite posta o e-mail:

Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)
Via San Prospero, 1 – 20121 Milano
e-mail: reclami@pec.elipslife.com

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Conclusioni e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	Il pagamento dei Premi	La gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

specificando per iscritto e in modo dettagliata 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.

RECLAMI ALL'IVASS

Nel caso il soggetto che ha scritto il reclamo non si ritenesse soddisfatto dell'esito o non ricevesse riscontro da parte della Compagnia entro i 45 giorni, potrà scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela del Consumatore

Via del Quirinale, 21

00187 Roma

a mezzo posta, oppure via fax al numero 06.42.133.206, o via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it o tutela.consumatore@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito modulo per la presentazione del reclamo e allegando alla richiesta la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Nel reclamo il soggetto deve indicare:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo è reperibile sul sito di IVASS, all'indirizzo www.ivass.it.

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede la Compagnia (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

MEDIAZIONE e ARBITRO ASSICURATIVO

Il reclamante potrà interpellare 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).

Questa procedura deve essere attivata obbligatoriamente prima di procedere innanzi all'autorità giudiziaria ordinaria.

In alternativa al procedimento di Mediazione, per la risoluzione stragiudiziale delle controversie in ambito assicurativo, è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, previsto come condizione di procedibilità (DM 6/11/2024 n. 215). Si può presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo solo dopo aver presentato reclamo alla Compagnia e/o all'intermediario, se non si è ricevuta risposta trascorso il termine di 45 giorni o se si è ricevuta una risposta non soddisfacente.

L'Arbitro Assicurativo avrà competenza sulle controversie che sorgono in materia assicurativa per l'accertamento di diritti, obblighi e facoltà e per l'inosservanza delle regole di comportamento nella distribuzione dei prodotti (www.arbitroassicurativo.org).

Parte VI

Informativa Privacy

Informativa Privacy

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

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

A) Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Elips Life Ltd, con sede legale in Industriestrasse, 56, 9491, Ruggell (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com, Società soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG.

B) Tipologia di Dati trattati

Il Titolare potrà trattare dati comuni (i.e. dati identificativi e di contatto), documenti d’identità, dati bancari, dati relativi alla polizza (i.e. numero di polizza, codice cliente) e, previo suo consenso, dati particolari come definiti dall’art. 9 del GDPR (i.e. dati relativi alla salute).

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

C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

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

- 1) finalità strettamente connesse e strumentali all’offerta, conclusione ed esecuzione dell’Assicurazione, alla riassicurazione od eventuale coassicurazione, al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri, alla gestione dei reclami. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR, ovvero nell’esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato, fermo quanto di seguito indicato. Ove l’Assicurazione preveda l’accertamento delle condizioni di salute dell’Assicurato, il Titolare richiederà il consenso esplicito dello stesso Assicurato al trattamento dei Dati particolari (ad es. dati sulla salute) che lo riguardano. Il trattamento di tali Dati trova, in tal caso, fondamento nell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR. In qualsiasi momento l’Interessato potrà revocare il consenso prestato ai sensi di quanto precede, sempreché non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento dei dati da parte della Società, rivolgendosi ad Elips Life secondo le modalità di cui al paragrafo I) della presente Informativa.



Tuttavia, l'eventuale revoca del consenso prestato comporterà per la Società l'impossibilità di eseguire il Contratto;

- 2) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da esigenze amministrative, contabili e fiscali, da disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e controllo dalla individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative. Il trattamento trova fondamento nell'art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR, ovvero nell'adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell'Assicurato;
- 3) finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) ai fini tariffari e statistici, di prevenzione e contrasto delle frodi, di manutenzione e sicurezza dei sistemi e degli asset aziendali. Il trattamento trova fondamento nell'art. 6, par. 1, lett. f) del GDPR o, con riferimento ai Dati appartenenti a categorie particolari, nell'art. 9, par. 2, lett. f) del GDPR, ovvero nel perseguimento del legittimo interesse del Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell'Interessato.

D) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati

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

Un eventuale rifiuto al consenso sul conferimento dei Dati Personali, laddove espressamente richiesto, comporta per la Società l'impossibilità di procedere alla erogazione dei servizi richiesti e/o a dare esecuzione all'Assicurazione.

E) Modalità del trattamento

I Dati sono trattati mediante supporti cartacei, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, in conformità alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.

Soggetti autorizzati, soggetti o categorie di soggetti a cui i Dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili del trattamento e ambito di diffusione dei Dati

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

- assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, intermediari assicurativi ed altri soggetti che, a diverso titolo, intervengono nella gestione del rapporto assicurativo (c.d. catena assicurativa);
- 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 fiduciari, revisori dei conti, investigatori privati ecc.);
- altri soggetti che svolgono ulteriori attività connesse e strumentali all'esecuzione dell'Assicurazione (e.g. società di gestione degli archivi, call center, help desk ecc.);
- organismi associativi e/o consortili propri del settore assicurativo ai quali la Società è iscritta (es. ANIA);
- altre società del Gruppo Swiss Life (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	Il pagamento dei Premi	La gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

- soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Finanzmarktaufsicht (FMA), IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine.

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

I Dati Personali trattati non sono oggetto di diffusione.

F) Trasferimento di dati all'estero

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

G) Conservazione dei Dati

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

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

H) Diritti dell'Interessato

In relazione ai trattamenti dei dati sopra descritti, lei potrà esercitare i diritti previsti dal Regolamento (artt. 15-21) e dalla normativa nazionale vigente, ivi inclusi:

- ricevere conferma dell'esistenza dei suoi dati personali e accedere al loro contenuto (diritto di accesso);
- aggiornare, modificare e/o correggere i suoi dati personali (diritto di rettifica);
- chiederne la cancellazione o la limitazione del Trattamento 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 altrimenti trattati (diritto all'oblio e diritto alla limitazione);
- opporsi al Trattamento (diritto di opposizione);
- revocare il consenso prestato, nelle ipotesi in cui il Trattamento avvenga sulla base dello stesso, senza pregiudizio per la liceità del Trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca;
- nei casi previsti, ricevere copia dei dati in formato elettronico che lo riguardano resi nel contesto del contratto e chiedere che tali dati siano trasmessi ad un altro titolare del Trattamento (diritto alla portabilità dei dati);
- proporre reclamo all'Autorità di controllo in caso di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

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

Elips Life Ltd sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com. La richiesta può essere trasmessa mediante raccomandata o e-mail.

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Conclusioni e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	Il pagamento dei Premi	La gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

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

- l) Responsabile della Protezione dei Dati**
Elips Life ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione I della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo email: compliance@elipslife.com. Qualora intervenissero eventuali modifiche rilevanti che possano riguardare direttamente l'Interessato o che necessitino del suo consenso, Elips Life provvederà ad informare l'Interessato.

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, fino ad un massimo di 60 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.



Allegato 1.5

Documentazione sanitaria: accertamenti

Ai fini dell'attivazione delle coperture assicurative è previsto il preventivo accertamento delle condizioni di salute del Debitore Cedente secondo quanto di seguito riportato:

PROCEDURA DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO

Età	Montante	Documentazione medica richiesta
<= 70	≤ € 50.000,00	Dichiarazione di Buono stato di Salute.
> 70	≤ € 50.000,00	Dichiarazione di Buono stato di Salute.
Qualsiasi	> € 50.000,00 e < € 70.000,00	Questionario Medico
Qualsiasi	≥ € 70.000,00	Rapporto di Visita Medica corredato da Esami Medici

Per i casi di invalidità si richiede l'invio in preaccettazione del Questionario Medico e verbale di invalidità



Allegato

Informativa sul diritto all'oblio oncologico

Cos'è il "Diritto all'oblio oncologico"?

Il "Diritto all'oblio oncologico" è il diritto

- previsto e disciplinato dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193, dai relativi decreti attuativi e dal Provvedimento IVASS n. 169 del 15 gennaio 2026
- in capo al soggetto (nel caso di un servizio assicurativo per la Cessione del Quinto della Pensione, il Debitore) che sia stato affetto da una patologia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (o 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti) o dal termine differente previsto dai decreti attuativi tempo per tempo vigenti (sotto riportato e consultabile anche sul sito web della Compagnia)
- a non fornire informazioni né di essere sottoposto a visite mediche di controllo o ad accertamenti sanitari relativi alla patologia oncologica pregressa, al momento della stipula o del rinnovo del contratto assicurativo.

Cosa si intende per "trattamento attivo"?

Per "trattamento attivo" si intende qualsiasi trattamento effettuato con finalità di cura della patologia oncologica, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica e i trattamenti con anticorpi monoclonali.

Dalla data dell'ultimo trattamento attivo effettuato, in mancanza di recidive, decorre il termine per maturare il diritto all'oblio oncologico.

Oltre al termine generale previsto, pari a 10 anni (ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età), il Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (G.U. n. 96 del 24/4/2024) ha introdotto termini ridotti e differenziati in base al tipo di patologia oncologica da cui il soggetto è stato affetto, come riportato nella tabella sottostante:

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5



Cosa occorre per certificare il proprio diritto all'oblio oncologico?

Le modalità e le forme della certificazione, rilasciata gratuitamente, attestante la sussistenza dei requisiti per beneficiare del diritto all'oblio oncologico sono disciplinate dal Decreto del Ministro della Salute del 5 luglio 2024.

La certificazione è rilasciata, su richiesta dell'interessato, da strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, sulla base della documentazione clinica relativa alla patologia oncologica e alla conclusione del trattamento attivo, secondo quanto previsto dalla normativa tempo per tempo vigente.

A tal fine, il Debitore può trasmettere all'impresa assicuratrice o all'intermediario assicurativo interessati, anche tramite raccomandata A.R. o posta elettronica certificata (PEC), l'apposita certificazione rilasciata ai sensi del decreto sopra richiamato.