



Polizza Credit Protection Insurance (CPI)
per i Lavoratori Autonomi, Lavoratori Atipici,
Non Lavoratori
Versione telemarketing

Sogecap S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
Sogessur S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

SET INFORMATIVO COMPOSTO DA:

DIP danni | DIP vita | DIP aggiuntivo multirischi |
Condizioni di assicurazione comprensive di glossario
e informativa sul trattamento dei dati personali

Data ultimo aggiornamento: 02/2026

**Il presente set informativo deve essere consegnato al Contraente
prima della sottoscrizione del Contratto di assicurazione.**



SOCIETE GENERALE
Insurance

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnie:

SOGECAP S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

compagnia registrata in Francia, operante in Italia in regime di stabilimento – nr. iscrizione I00088

SOGESSUR S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

compagnia registrata in Francia, operante in Italia in regime di stabilimento – nr. iscrizione I00094

Prodotto: "Sicuro" - Autonomi, Atipici, Non Lavoratori

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Le garanzie danni previste da questa polizza coprono i rischi di invalidità permanente totale, inabilità temporanea totale al lavoro e ricovero ospedaliero o perdita involontaria d'impiego. È un contratto di assicurazione in forma collettiva al quale puoi aderire se sei un Lavoratore Autonomo o una persona giuridica e hai richiesto l'erogazione di un Finanziamento a Fidelity S.p.A. (Contraente). Quando aderisci alla polizza, la tua età deve essere compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti e non superiore ai 75 anni non compiuti al termine del piano di rimborso del Finanziamento.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia.
- ✓ Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio o malattia
- ✓ Ricovero Ospedaliero a seguito di infortunio o malattia

Tali garanzie saranno prestate a condizione che l'Assicurato, al momento del sinistro, mantenga la qualifica di Lavoratore Autonomo, Lavoratore Atipico, Non Lavoratore o legale rappresentante della persona giuridica Aderente.

- ✓ Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (opera se nel corso del contratto l'Assicurato diventa lavoratore Dipendente del settore privato e questa condizione permanga al momento del sinistro; nel caso in cui l'Aderente non sia persona giuridica). Se nel corso del contratto la tua domanda di pensionamento viene accettata o nel caso in cui diventassi Lavoratore Autonomo o Lavoratore Atipico o Non Lavoratore o Dipendente del settore pubblico, la garanzia Perdita Involontaria di Impiego cessa.

Indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti, per la garanzia Invalidità Permanente Totale la prestazione massima pagabile è di € 50.000,00.

Indipendentemente dal numero dei contratti sottoscritti, per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria di Impiego e Ricovero Ospedaliero, la prestazione massima pagabile è di € 1.500,00 al mese.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ L'invalidità Permanente Totale intervenuta dopo che hai compiuto il 75° anno di età.
- ✗ L'Inabilità Temporanea Totale intervenuta dopo che hai compiuto il 75° anno di età.
- ✗ Il Ricovero Ospedaliero intervenuto dopo che hai compiuto il 75° anno di età.
- ✗ La Perdita Involontaria di Impiego qualora l'orario di lavoro settimanale sia inferiore a 20 ore settimanali, si tratti di contratto a tempo determinato, l'anzianità di lavoro presso lo stesso datore sia inferiore a 12 mesi, sia intervenuto un licenziamento non dovuto a giustificato motivo oggettivo e qualora si tratti di legale rappresentante della persona giuridica Aderente.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni. Non sono coperte le conseguenze:

- ! Del dolo dell'Assicurato, della contraente o del beneficiario; della partecipazione attiva dell'Assicurato a sommosse, scioperi, tumulti popolari, fatti di guerra (anche non dichiarata) o insurrezione, atti di terrorismo e rivoluzioni; dell'uso o della produzione di esplosivi; della pratica di attività sportive professionistiche, di sport estremi o di sport aerei; sinistri legati a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale); di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche; dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico; di stati di ubriachezza ed ebbrezza.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia Perdita Involontaria di Impiego è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolato dalla legge italiana. Le altre garanzie sono valide senza limiti territoriali ma la garanzia Ricovero Ospedaliero deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea, mentre l'Inabilità Temporanea Totale e l'Invalidità Permanente Totale devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti l'attività nell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto, fornisci dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la cessazione del contratto.
- In corso di contratto, ricordati di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato, come ad esempio i mutamenti della professione svolta.
- Devi sempre comunicare l'esistenza di altre assicurazioni che coprono gli stessi rischi coperti dal contratto.



Quando e come devo pagare?

Il premio è pagato mensilmente dall'Aderente all'Assicuratore tramite addebito diretto sul conto corrente (SDD).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24:00 del giorno di adesione al Programma assicurativo tramite Vocal order.

Il contratto ha una durata pari al piano di rimborso del Finanziamento e compresa tra 12 e 120 mesi.

Il contratto si perfeziona con l'adesione al Programma assicurativo tramite Vocal order.

Il contratto non prevede tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire la polizza inviando una raccomandata A.R. indirizzata all'Assicuratore o tramite e-mail al seguente indirizzo info@societegenerale-insurance.it:

- entro 60 giorni dalla data di adesione al Programma assicurativo tramite Vocal order;
- dopo 5 anni con un preavviso di 60 giorni.

Polizza Credit Protection Insurance (CPI)



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

SOGECAP S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
Compagnia registrata in Francia, operante in Italia in regime di stabilimento
nr. Iscrizione I00088

02/2026 - ultima edizione disponibile

Prodotto: "Sicuro" – Autonomi, Atipici, Non Lavoratori

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La garanzia vita prevista da questa polizza copre il rischio di Decesso. È un contratto di assicurazione in forma collettiva al quale puoi aderire se sei un lavoratore autonomo o una persona giuridica e hai richiesto l'erogazione di un Finanziamento a Fidelity S.p.A. (Contraente). Quando aderisci alla polizza la tua età deve essere compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti e non superiore ai 75 anni non compiuti al termine del piano di rimborso del Finanziamento.



Che cosa è assicurato Quali sono le prestazioni?

- ✓ Decesso per qualsiasi causa
- Indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti, per la garanzia Decesso, la prestazione massima pagabile è di € 50.000,00.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Il Decesso intervenuto dopo che hai compiuto il 75° anno di età.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni. Non sono coperte le conseguenze:

- ! del dolo dell'Assicurato, della contraente o del beneficiario; della partecipazione attiva dell'Assicurato a sommosse, scioperi, tumulti popolari, fatti di guerra (anche non dichiarata) o insurrezione, atti di terrorismo e rivoluzioni; dell'uso o della produzione di esplosivi; della pratica di attività sportive professionistiche, di sport estremi o di sport aerei; sinistri legati a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale); di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche; dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico; di stati di ubriachezza ed ebbrezza.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia è valida senza limiti territoriali.



Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

- In corso di contratto, ricordati di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato, come ad esempio i mutamenti della professione svolta.
- In caso di sinistro, fai una richiesta telefonica o scritta per ricevere le informazioni e l'elenco dei documenti da consegnare per la denuncia di sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il premio è pagato mensilmente dall'Adente all'Assicuratore tramite addebito diretto sul conto corrente (SDD).

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età ed alle attività professionali svolte.

- Non è previsto il diritto al riscatto o alla riduzione.
- Non sono previsti meccanismi di adeguamento automatico del premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24:00 del giorno di adesione al Programma assicurativo tramite Vocal order.

Il contratto ha una durata pari al piano di rimborso del Finanziamento e compresa tra 1 e 120 mesi.

Il contratto si perfeziona con l'adesione al Programma assicurativo tramite Vocal order.

Il contratto non prevede tacito rinnovo.



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

Puoi disdire la polizza inviando una raccomandata A.R. indirizzata all'Assicuratore o tramite e-mail al seguente indirizzo info@societegenerale-insurance.it:

- entro 60 giorni dalla data di adesione al Programma assicurativo tramite Vocal order;
- dopo 5 anni con un preavviso di 60 giorni.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Non sono previsti riscatti e/o riduzioni.

Polizza Credit Protection Insurance (CPI)

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



SOCIETE GENERALE
Insurance

Prodotto: "Sicuro" Autonomi, Atipici, Non Lavoratori

02/2026 ultima edizione 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) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), 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

SOGECAP S.A. è costituita nella forma giuridica di Société Anonyme. La Compagnia appartiene al gruppo Société Générale. La Sede Legale e la Direzione Generale sono stabilite in Francia, in Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Parigi La Défense Cedex. La Compagnia è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ACPR (ex ACAM) - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ed è soggetta al controllo dell'ACPR. In virtù della notifica dell'ACPR all'IVASS in data 22 luglio 2010 (numero di iscrizione all'elenco I dell'albo imprese IVASS I.00088), la Compagnia opera in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria sita in Italia, in Via Tiziano 32, 20145 Milano Tel. 02.94.32.14.00, sito internet: www.societegenerale-insurance.it, e-mail: info@societegenerale-insurance.it, PEC: sogecap@pec.it.

Il patrimonio netto di Sogecap S.A. risultante dall'ultimo bilancio approvato è pari ad €/mio 2.662 ed il risultato economico di periodo è pari a €/mio 461. Il valore dell'indice di solvibilità di Sogecap è pari al 223 % (solvency ratio).

I dati relativi alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa sono disponibili all'indirizzo: <https://www.assurances.societegenerale.com/en/investor-journalist/our-publications/solvency/>.

SOGESSUR S.A. è costituita nella forma giuridica di Société Anonyme. La Compagnia appartiene al gruppo Société Générale. La Sede Legale e la Direzione Generale di Sogessur S.A. sono stabilite in Francia, in Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Parigi La Défense Cedex, iscritta nel Registro delle Imprese di Nanterre al n. 379846637.

La Compagnia è autorizzata all'esercizio dell'assicurazione di Perdite pecuniarie di vario tipo con Provvedimenti ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ed è soggetta al controllo da parte ACPR. In virtù della notifica dell'ACPR all'IVASS il 15 marzo 2011 (numero di iscrizione all'elenco I dell'albo imprese IVASS I.00094), la Società opera in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria in Italia, in Via Tiziano 32, 20145 Milano Tel. 02.94.32.14.00, sito: www.societegenerale-insurance.it, e-mail: info@societegenerale-insurance.it, PEC: sogessur@pec.it.

Il patrimonio netto di Sogessur risultante dall'ultimo bilancio approvato è pari ad €/mio 188 ed il risultato economico di periodo è pari a €/mio 44. Il valore dell'indice di solvibilità di Sogessur (solvency ratio) è pari al 125%.

I dati relativi alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa sono disponibili all'indirizzo: <https://www.assurances.societegenerale.com/en/investor-journalist/our-publications/solvency/>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ramo Vita:

- ✓ prestazioni in caso di decesso (Ramo 1) per qualsiasi causa

L'ampiezza e l'impegno dell'impresa sono rapportati ai massimali previsti; viene rimborsata una somma pari al capitale residuo del Finanziamento alla data dell'evento assicurato.

Rami danni:

- ✓ Invalidità Permanente Totale (Ramo 1)
- ✓ Inabilità Temporanea Totale (Ramo 1 o 2)
- ✓ Perdita Involontaria di Impiego (Ramo 16)
- ✓ Ricovero Ospedaliero (Ramo 1 o 2)

Per la garanzia Invalidità Permanente Totale l'ampiezza e l'impegno dell'impresa sono rapportati ai massimali previsti; viene rimborsata una somma pari al capitale residuo del Finanziamento alla data dell'evento assicurato.

Mentre per le restanti garanzie danni, l'ampiezza e l'impegno dell'impresa sono rapportati ai massimali previsti; viene rimborsata mensilmente una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del Finanziamento.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e/o nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Rami Vita:

In caso di Decesso non sei assicurato nel caso di:

- ! suicidio accaduto durante i primi 2 anni successivi alla data di adesione al contratto tramite Vocal order;

Rami danni:

In caso di Perdita Involontaria di Impiego si applica un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni e non sei assicurato nel caso di:

- ! particolari ipotesi di interruzione e/o cessazione del rapporto di lavoro (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, il licenziamento tra congiunti);
- ! quiescenza, pensionamento, prepensionamento;
- ! percezione di alcune tipologie di ammortizzatori sociali;
- ! licenziamento notificato prima dell'adesione o durante i primi 60 giorni dalla data di adesione al Programma Assicurativo tramite Vocal order (Carenza).

In caso di Ricovero Ospedaliero è previsto un periodo di franchigia assoluta di 7 giorni e non sei assicurato nel caso di:

- ! particolari situazioni o patologie fisiche o psichiche.

In caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio o malattia è previsto un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni e non sei assicurato nel caso di:

- ! particolari situazioni o patologie fisiche o psichiche.

In caso di Invalidità Permanente Totale non sei assicurato nel caso di:

- ! particolari situazioni o patologie fisiche o psichiche.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è destinato ai lavoratori autonomi o lavoratori atipici o non lavoratori (P. IVA e Ditte individuali) ed alle persone giuridiche che abbiano richiesto un Finanziamento a Fidelity S.p.A. e che, al momento dell'adesione alla polizza tramite Vocal order, abbiano un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti e non superiore ai 75 anni non compiuti al termine del piano di rimborso del Finanziamento.



Quali costi devo sostenere?

Per i rami vita

Costi gravanti sul premio

- Costi di Intermediazione: 45.50%. La percentuale è fissa e non dipende da sesso, durata, età della testa assicurata o importo finanziato.
- Costi di gestione: 14.50%. La percentuale è fissa e non dipende da sesso, durata, età della testa assicurata o importo finanziato.

Per tutti i rami

Costi di intermediazione

Il 45.50% del premio al netto delle imposte è in media corrisposto all'/agli intermediario/i a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione.

Il Contraente percepisce ogni anno una partecipazione agli utili dell'Assicuratore.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami relativi alle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale al lavoro e Ricovero Ospedaliero devono essere inoltrati per iscritto a: Sogecap S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Tiziano n. 32, 20145 Milano indirizzo e-mail: reclami@societegenerale-insurance.it I reclami relativi alla garanzia Perdita Involontaria di Impiego devono essere inoltrati per iscritto a: Sogessur S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Tiziano n. 32, 20145 Milano indirizzo e-mail: reclami@societegenerale-insurance.it Riceverai un riscontro da parte dell'Impresa assicuratrice entro al massimo 45 giorni dalla data di ricezione del tuo reclamo.
All'IVASS	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. Potrai, inoltre, rivolgerti per iscritto direttamente all'Autorità di Vigilanza Francese (Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - ACPR), al seguente indirizzo: ACPR- DCPC / SIR 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	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.
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). Questa procedura è obbligatoria per procedere giudizialmente.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi per le garanzie del Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. I premi per le garanzie del Ramo Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni pari al 2.5% dell'ammontare dei premi. Per le garanzie Decesso ed Invalidità Permanente Totale è prevista, per l'anno in cui è corrisposto il premio, una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) alle condizioni e nei limiti di detraibilità previsti dalla legge tempo per tempo vigente.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Il cliente che sia 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 è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. 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. 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 sul sito internet dell'impresa al seguente link www.societegenerale-insurance.it.

Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	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.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	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. 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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione relative al Contratto assicurativo n. CP/22/008 "Sicuro" stipulato da Fiditalia S.p.A. per l'assicurazione dei rischi: vita caso morte, invalidità permanente totale, inabilità temporanea totale e ricovero ospedaliero assicurati da Sogecap S.A. e perdita involontaria d'impiego assicurato da Sogessur S.A.

Il presente documento è stato rivisto sulla base delle disposizioni contenute nelle Linee guida Ania "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018.

INDICE

Glossario	2
Condizioni di assicurazione	6
Art. 1 Base dell'assicurazione.....	6
Art. 2 Diritto all'Oblio Oncologico	6
Art. 3 Garanzie.....	7
Art. 4 Persone assicurabili e formalità di ammissione al programma assicurativo.....	8
Art. 5 Decorrenza e durata del programma assicurativo.....	8
Art. 6 Estinzione anticipata del finanziamento	9
Art. 7 Recesso	9
Art. 8 Prestazioni assicurate	10
Art. 9 Limitazioni	11
Art. 10 Premio assicurativo	13
Art. 11 Denuncia di sinistro ed obblighi relativi	14
Art. 12 Cessione dei diritti.....	14
Art. 13 Aggravamento del rischio.....	14
Art. 14 Reclami	14
Art. 15 Regime fiscale.....	16
Art. 16 Conflitto di interessi.....	17
Art. 17 Legge applicabile	17
Art. 18 Foro competente	17
Art. 19 Sanzioni ed embargo	17
Informativa sul trattamento dei dati personali	18

Glossario

Aderente: il soggetto che valuta e liberamente decide di usufruire della copertura di un contratto assicurativo collettivo, manifestando un'espressa volontà e sostenendo in tutto o in parte, direttamente o indirettamente, l'onere economico del premio.

Assicurato: la persona fisica o giuridica che abbia aderito al Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 4 tramite Vocal order. In caso di persona giuridica, gli eventi e/o le circostanze attinenti la vita o la persona dell'Assicurato devono intendersi riferiti alla persona fisica che aderisce al programma assicurativo tramite il Vocal order in qualità di legale rappresentante della persona giuridica.

Assicuratore:

- Sogecap S.A., capitale sociale € 1.168.305.450, con Sede Legale e Direzione Generale in Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Parigi La Défense Cedex, Francia. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ACPR (ex ACAM) - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution e, in virtù della notifica dell'ACPR all'IVASS in data 22 luglio 2010 (numero di iscrizione all'elenco I dell'albo imprese IVASS I.00088), la Società opera in Italia in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria di via Tiziano 32, 20145 Milano. Registro delle Imprese di Milano, Monza-Brianza, Lodi, Codice fiscale e P. IVA 07160010968. Sogecap S.A. presta i rischi delle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.
- Sogessur S.A., Capitale Sociale € 33.825.000, con sede Legale e la Direzione Generale in Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Parigi La Défense Cedex, Francia. La Società è autorizzata all'esercizio dell'assicurazione di Perdite pecuniarie di vario tipo con Provvedimenti ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, in virtù della notifica dell'ACPR all' IVASS il 15 marzo 2011 (numero di iscrizione all'elenco I dell'albo imprese IVASS I.00094), la Società opera in Italia in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria di via Tiziano 32, 20145 Milano. Registro delle Imprese di Milano, Monza-Brianza, Lodi, Codice fiscale e P. IVA 07420570967. Sogessur S.A. presta, i rischi della garanzia Perdita Involontaria d'Impiego.

Beneficiario:

- Per la garanzia Decesso: gli eredi legittimi dell'Assicurato;
- Per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria di Impiego e Ricovero Ospedaliero: l'Assicurato.
- In caso di Aderente persona giuridica, il Beneficiario per tutte le garanzie (anche Decesso) sarà sempre l'Aderente.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e l'Assicuratore non corrisponderà la prestazione assicurata.

Compagnie: Sogecap S.A. e Sogessur S.A.

Conclusione del Trattamento Attivo della patologia: ai fini della formazione “dell'oblio oncologico”, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Condizioni di Assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: Fidelity S.p.A. - P.IVA 08437820155, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000026922, in data 01/01/2007.

DIP Danni: l'IPID, ossia il documento informativo per i prodotti assicurativi danni, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo al prodotto assicurativo.

DIP Vita: il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi di cui all'articolo 12 del Regolamento IVASS n. 41/2018.

DIP Aggiuntivo o DIP Aggiuntivo Multirischi: Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi.

Dipendente del settore privato: il lavoratore dipendente (o lavoratore subordinato) che si impegna, per effetto di un contratto, in cambio di una retribuzione (stipendio), a prestare il proprio lavoro intellettuale o manuale presso Aziende o Enti italiani di diritto privato.

Dipendente del settore pubblico: il lavoratore dipendente (o lavoratore subordinato) che si impegna, per effetto di un contratto, in cambio di una retribuzione (stipendio), a prestare il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione di una Pubblica Amministrazione.

Diritto all'Oblio Oncologico: il diritto, previsto dall'art. 2 della Legge 193/2023 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della Salute del 22/03/2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'art. 2, comma 1, della L. 193/2023, matura nei termini indicati nell'Allegato.

Finanziamento: il Finanziamento concesso dalla Contraente all'Assicurato.

Franchigia assoluta: periodo di tempo non rilevante ai fini del calcolo dell'indennizzo.

Garanzia/e: copertura/e assicurativa prevista dal contratto in base alla quale l'Assicuratore si impegna a pagare il risarcimento all'Assicurato.

Inabilità temporanea totale: incapacità totale ad attendere alle proprie occupazioni quotidiane per un periodo di tempo limitato.

Invalidità permanente totale: definitiva e totale incapacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie abituali occupazioni.

Indennizzo: somma dovuta dall'Assicuratore al Beneficiario in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario: la persona fisica o giuridica, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoratore Atipico: persona fisica che svolge un'attività lavorativa soggetta a forme contrattuali non convenzionali rispetto ai contratti di lavoro subordinato a tempo pieno, indeterminato e disciplinati dalla legge italiana. A mero titolo esemplificativo e non esaustivo, rientrano nella categoria dei lavoratori atipici coloro i quali hanno un contratto di lavoro a tempo determinato; contratto di Apprendistato; contratto di formazione lavoro; contratto part-time (inferiore a 20 ore settimanali); contratto di lavoro in affitto; contratto di lavoro stagionale; contratto di lavoro intermittente; contratto di lavoro ad interim o coloro i quali siano lavoratori frontalieri, contratto di lavoro presso individui privati (cd lavoratori domestici).

Lavoratore Autonomo: persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti di un committente.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Non Lavoratore: persona fisica che non svolga alcuna attività lavorativa che produca reddito.

Perdita Involontaria d'Impiego: perdita dell'impiego non dipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Polizza/e Collettiva/e o Contratto/i Collettivo/i: contratto di assicurazione stipulato dalla Contraente per conto di uno o più di Assicurati.

Premio: la somma versata mensilmente dall'Aderente all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Assicuratore con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulle probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Prestazione massima o Massimale: somma massima garantita dall'Assicuratore.

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie prestate dall'Assicuratore.

Ricovero ospedaliero: degenza che comporti almeno un pernottamento in una struttura ospedaliera.

Set informativo: l'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente all'Aderente, prima della sottoscrizione del contratto, comprendente: DIP Danni, DIP Vita, DIP Aggiuntivo Multirischi e Condizioni di Assicurazione.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Tasso di premio: importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

Vocal order: processo attraverso il quale la Compagnia acquisisce il consenso alla conclusione del contratto da parte dell'Aderente attraverso la registrazione della chiamata telefonica, ove lo stesso manifesta la volontà di aderire alle condizioni contrattuali di polizza proposte.

Condizioni di assicurazione

Art. 1 Base dell'assicurazione

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Art. 2 Diritto all'Oblio Oncologico

Ai sensi della Legge 22 dicembre 2023, n. 193, in vigore dal 2 gennaio 2024, l'Assicuratore applica il diritto all'Oblio Oncologico nell'ambito del presente prodotto assicurativo.

Per diritto all'Oblio Oncologico si intende il diritto del Contraente di non fornire informazioni, e di non essere sottoposto ad accertamenti, riguardanti pregresse patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso:

- da oltre 10 anni, in assenza di recidive;
- da oltre 5 anni, se la patologia è insorta prima del compimento dei 21 anni.

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 sul sito internet della Compagnia al seguente link www.societegenerale-insurance.it.

Il Contraente che, anteriormente alla stipulazione o al rinnovo del contratto, abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti pregresse patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto il cui Trattamento Attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'Assicuratore o all'intermediario la certificazione rilasciata ai sensi della Legge n. 193/2023 e successivi decreti attuativi.

A seguito del ricevimento della predetta certificazione attestante l'avvenuto diritto all'oblio oncologico, l'Assicuratore provvede alla cancellazione delle informazioni acquisite entro il termine di trenta giorni, garantendo che l'eliminazione avvenga in modo effettivo e integrale, sia con riferimento alle raccolte informatiche sia a quelle cartacee, senza alcun onere a carico del Contraente. La certificazione inviata all'Assicuratore sarà conservata per dieci anni dalla sua ricezione, secondo quanto previsto dall'articolo 2 della legge n. 193 del 2023 e dai relativi decreti attuativi.

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 Contraente.

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 ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

Art. 3 Garanzie

Il presente contratto può essere sottoscritto solo da soggetti che al momento dell'adesione:

- In caso di persona fisica, siano Lavoratori Autonomi, Lavoratori Atipici, Non Lavoratori;
- In caso di persona giuridica, siano il Legale rappresentante della società Aderente.

Il presente contratto, salvo le esclusioni indicate all'Art. 9 – Limitazioni, prevede le seguenti garanzie:

- **Decesso** per qualsiasi causa (in seguito definita **D**);
- **Invalidità Permanente Totale** a seguito di infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**);
- **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di infortunio o malattia (in seguito definita **ITT**);
- **Ricovero Ospedaliero** a seguito di infortunio o malattia (in seguito definita **RO**).

Tali garanzie saranno prestate solo nel caso in cui:

- In caso di Aderente persona fisica, l'Assicurato mantenga la qualifica di Lavoratore Autonomo, Lavoratore Atipico o Non Lavoratore al momento del Sinistro;
- In caso di Aderente persona giuridica, l'Assicurato mantenga la qualifica di Legale rappresentante al momento del Sinistro.

Nel caso di Aderente persona giuridica, alla data di accettazione della domanda di pensionamento da parte dell'Ente previdenziale nei confronti dell'Assicurato, le prestazioni assicurative non saranno più attive nei confronti di quest'ultimo e l'Aderente dovrà comunicare i dati del nuovo Assicurato che dovrà aderire al Programma assicurativo secondo le modalità comunicate dall'Assicuratore.

Nel caso di Aderente persona fisica, nel caso in cui, in corso di contratto, l'Assicurato diventasse Dipendente del settore pubblico, l'Assicuratore garantirà unicamente le seguenti prestazioni assicurative:

- **Decesso** per qualsiasi causa dell'Assicurato;
- **Invalidità Permanente Totale** a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato (in seguito definita **IPT**);
- **Ricovero Ospedaliero** a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato.

Tali garanzie saranno prestate solo nel caso in cui l'Assicurato mantenga la qualifica di Dipendente del settore pubblico al momento del sinistro.

Ove nel corso della durata del contratto l'Assicurato diventi Dipendente del settore privato, ad eccezione dei casi in cui l'Aderente sia persona giuridica, l'Assicuratore garantirà le seguenti prestazioni assicurative:

- **Prestazione in caso di Decesso** per qualsiasi causa dell'Assicurato;
- **Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale** a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato;
- **Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero** a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato;
- **Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo dell'Assicurato (in seguito definita **PII**).

Tali garanzie saranno prestate solo nel caso in cui l'Assicurato mantenga la qualifica di Dipendente del settore privato al momento del sinistro.

Si avvisa l'Aderente persona fisica che, qualsiasi sia lo status lavorativo dell'Assicurato, alla data di accettazione della domanda di pensionamento da parte dell'Ente previdenziale, l'unica garanzia operante sarà quella del Decesso.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma l'IPT e l'ITT devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea. La garanzia RO deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea. La garanzia PII è valida solo sul territorio dello Stato Italiano ed il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana.

Art. 4 Persone assicurabili e formalità di ammissione al programma assicurativo

È assicurabile la persona fisica o giuridica che sottoscrive il contratto di Finanziamento con la Contraente a condizione che:

- Al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, abbia un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti ed abbia espletato le formalità di assunzione medica di seguito indicate;
- Al termine del piano di rimborso del Finanziamento, non abbia ancora compiuto 75 anni di età.
- In caso di Aderente persona giuridica, l'Assicurato sia il rappresentante legale della società Aderente e soddisfi i requisiti di cui ai punti precedenti.

Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si perfeziona con l'Adesione al programma Assicurativo e con la dichiarazione da parte dell'Assicurato sullo stato di salute tramite Vocal order.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Art. 5 Decorrenza e durata del programma assicurativo

Fermo quanto stabilito all'art. 4 relativamente alle modalità di perfezionamento del contratto, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di adesione al Programma assicurativo stesso tramite Vocal order e rimane in vigore per un minimo di 12 mesi e un massimo di 120 mesi, **a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.**

- Nell'ipotesi in cui l'Assicurato, alla data di sottoscrizione del contratto di Finanziamento, abbia optato per il Finanziamento con maxirata finale ("Maxirata") la copertura assicurativa viene prestata per la durata del primo e del secondo piano di rimborso del Finanziamento. Qualora l'Assicurato alla fine del primo piano di rimborso paghi la maxirata, non sarà più tenuto a versare mensilmente il premio all'Assicuratore con l'eventuale rimborso della rata pagata in eccesso nel mese di chiusura del Finanziamento stesso.

- Nell'ipotesi in cui l'Assicurato, alla data di sottoscrizione del contratto di Finanziamento, abbia optato per il Finanziamento senza maxirata finale ("Doppio Piano di Rimborso"), la copertura assicurativa viene prestata per la durata del primo e del secondo piano di rimborso del Finanziamento.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- **Al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alle garanzie D e IPT;**
- **In caso di decesso dell'Assicurato;**
- **In caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato;**
- **In caso di estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo quanto previsto all'art. 6;**
- **In caso in cui ci sia un insoluto di numero tre rate di premio, a prescindere che siano consecutive o meno.**

Il presente contratto non prevede tacito rinnovo.

Art. 6 Estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione totale anticipata o di trasferimento del Finanziamento da parte dell'Assicurato, lo stesso non sarà più tenuto a versare mensilmente il premio all'Assicuratore, con l'eventuale rimborso da parte dell'Assicuratore della rata pagata in eccesso nel mese di chiusura del Finanziamento stesso.

In caso di estinzione parziale anticipata del Finanziamento, il Programma Assicurativo rimane in vigore sulla base del nuovo piano di ammortamento concordato con la Contraente al momento dell'estinzione parziale.

Art. 7 Recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, **a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore o tramite e-mail al seguente indirizzo info@societegenerale-insurance.it, entro 60 giorni dalla data di adesione al contratto tramite Vocal order (così come descritta all'art. 5);** qualora, durante il periodo per l'esercizio del recesso, sia denunciato all'Assicuratore un sinistro verificatosi nel medesimo periodo, l'Assicuratore riconoscerà la prestazione assicurata (ove effettivamente dovuta ai sensi del presente contratto) e tratterrà il premio versato anche qualora l'Assicurato, successivamente alla denuncia del sinistro, dichiari di voler recedere dal Programma Assicurativo. A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, l'Assicurato può altresì recedere, a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore o tramite e-mail al seguente indirizzo info@societegenerale-insurance.it, con effetto a decorrere dal 30esimo giorno dalla richiesta di recesso e senza alcun onere, a condizione che il recesso venga esercitato **con un preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso.** Senza pregiudizio per quanto precede, in caso di recesso nei primi 60 giorni, l'Assicuratore restituirà all'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Assicurato stesso, le rate di premio già pagate al lordo delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

In caso di recesso a partire dal quinto anno l'Assicuratore restituirà all'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso solo l'eventuale rata pagata in eccesso nel mese di Recesso stesso, al lordo delle imposte di legge.

Art. 8 Prestazioni assicurate

- In caso di **Decesso** per qualsiasi causa (**D**) dell'Assicurato, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 9**, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del Finanziamento alla data del D. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data del decesso, **non aver compiuto il 75° anno di età**.
- In caso di **Invalidità Permanente Totale** a seguito di infortunio o malattia (**IPT**) dell'Assicurato, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 9**, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del Finanziamento alla data del riconoscimento dell'IPT. **L'IPT corrisponde ad un'invalidità di almeno il 66% secondo la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65 e successive modifiche) e deve essere riconosciuta, prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato con certificazione medica, dopo un periodo di almeno 12 mesi consecutivi dalla data della prima constatazione della malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'infortunio.**

Si specifica che, qualora siano stati corrisposti Indennizzi per Inabilità Temporanea Totale o per Perdita Involontaria di Impiego o per Ricovero Ospedaliero in relazione a rate scadute successivamente alla data di accertamento dell'IPT, l'indennizzo sarà diminuito delle rate predette al netto degli interessi.

- In caso di **Perdita Involontaria di Impiego (PII)** dell'Assicurato, ad esclusione del rappresentate legale in caso di Aderente persona giuridica, a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo (Legge n. 604/1966 art. 3), **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 9**, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario, una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del Finanziamento, **dovute dopo il periodo di franchigia**, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa comprovato. **In ogni caso, nessuna nuova prestazione è dovuta dall'Assicuratore allorché: abbia rimborsato una somma pari a 12 mensilità consecutive (o 36 mensilità complessive per più interruzioni di lavoro differenti per l'intera durata del rapporto contrattuale); intervenga un pensionamento o prepensionamento o la quiescenza.**

La prestazione viene corrisposta a condizione che la PII abbia una durata superiore a 60 giorni consecutivi (franchigia assoluta). La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di interruzione del lavoro. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data della notifica del licenziamento: esercitare una professione di lavoro dipendente, presso Aziende o Enti Italiani, sulla base di un orario settimanale di almeno 20 ore, con contratto di lavoro a tempo indeterminato e con un'anzianità minima di 12 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro; aver perso il lavoro a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo. Inoltre, per poter beneficiare della prestazione, l'Assicurato deve essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione e deve ricevere i sussidi di disoccupazione previsti dalla legge.

- In caso di **Ricovero Ospedaliero** a seguito di infortunio o malattia (**RO**) dell'Assicurato, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 9**, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del Finanziamento, **dovute dopo il periodo di franchigia**, che hanno scadenza nel periodo di RO comprovato. **In ogni caso, nessuna nuova prestazione è dovuta dall'Assicuratore allorché abbia rimborsato una somma pari a 6 mensilità consecutive (o 12 mensilità complessive per più periodi di RO distinti per l'intera durata del rapporto contrattuale).**

La prestazione viene corrisposta a condizione che il RO abbia una durata superiore a 7 giorni

consecutivi di pernottamento (franchigia assoluta). La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di RO. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data d'inizio del RO, non aver compiuto il 75° anno di età. Nessuna nuova prestazione è dovuta dall'Assicuratore allorché abbia rimborsato una somma pari a 6 mensilità consecutive (o 12 mensilità complessive per più periodi di RO distinti per l'intera durata del rapporto contrattuale).

- In caso di **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di infortunio o malattia (ITT) dell'Assicurato, **salvo i casi di esclusione specificati all'art. 9**, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del Finanziamento, **dovute dopo il periodo di franchigia**, che hanno scadenza nel periodo di inattività lavorativa comprovato. **In ogni caso, nessuna nuova prestazione è dovuta dall'Assicuratore allorché abbia rimborsato una somma pari a 12 mensilità consecutive (o 36 mensilità complessive per più periodi di ITT distinti per l'intera durata del rapporto contrattuale).**

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'ITT abbia una durata superiore a 60 giorni consecutivi (franchigia assoluta) e sia certificata da un medico. La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di interruzione del lavoro. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data d'inizio dell'ITT, esercitare una professione di lavoro autonomo ed interromperla totalmente, dietro prescrizione medica, prima del compimento del 75° anno di età. Se, dopo meno di 60 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto, la franchigia non viene applicata di nuovo ma la massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

Facciamo chiarezza: quale percentuale di invalidità viene utilizzata dalla Compagnia

Per il calcolo della percentuale di invalidità, la Compagnia utilizza la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65 e successive modifiche). Tale percentuale potrebbe non coincidere con quella riconosciuta da altri enti che hanno come riferimento tabelle differenti.

Il verbale di riconoscimento dell'invalidità emesso dagli enti preposti (es. ASL o INPS) viene richiesto ai soli fini dell'identificazione della data di calcolo della prestazione.

In caso di Aderente persona giuridica, il Beneficiario per tutte le garanzie (anche Decesso) sarà sempre l'Aderente.

Art. 9 Limitazioni

Carenza

Non sono garantiti i licenziamenti notificati (garanzia PII) durante i primi 60 giorni dalla data di adesione al Programma Assicurativo avvenuto tramite Vocal order.

Franchigia

Per le garanzie ITT e PII è previsto un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, che decorre dal 1° giorno di interruzione del lavoro. Per la garanzia RO è previsto un periodo di franchigia assoluta di 7 giorni, che decorre dal 1° giorno di ricovero. Solo con riferimento alla garanzia ITT se, dopo meno di 60 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto, la franchigia non viene applicata di nuovo ma la

massima durata d'indennizzo di 12 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un sinistro relativo alla garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro, in tre diverse ipotesi (gli esempi sono formulati con riferimento ad un Finanziamento che preveda il pagamento di rate di rimborso mensile pari a € 100,00 e con riguardo ad un sinistro che non si verifichi nel periodo di carenza):

1° CASO:

- Periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato: 05/09/2010 – 20/11/2010;
- Data di scadenza della rata di rimborso mensile del Finanziamento: il giorno 28 di ogni mese;
- Indennizzo liquidato, dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 60 giorni): € 0,00.

2° CASO:

- Periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato: 05/09/2010 – 20/11/2010;
- Data di scadenza della rata di rimborso mensile del Finanziamento: il giorno 15 di ogni mese;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 60 giorni): € 100,00.

3° CASO:

- Periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato: 05/09/2010 – 20/02/2012;
- Data di scadenza della rata di rimborso mensile del Finanziamento: il giorno 15 di ogni mese;
- Indennizzo liquidato, dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 60 giorni) e del limite di 12 mensilità indennizzabili: € 1.200,00.

Esclusioni

- **Per tutte le garanzie, le conseguenze: del dolo dell'Assicurato, della Contraente o del Beneficiario; della partecipazione attiva dell'Assicurato a sommosse, scioperi, tumulti popolari, fatti di guerra (anche non dichiarata) o insurrezione, atti di terrorismo e rivoluzioni; dell'uso o della produzione di esplosivi; della pratica di attività sportive professionistiche, di sport estremi o di sport aerei (paracadutismo, uso anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio, etc.); sinistri legati a un incidente aereo, se l'Assicurato viaggiava su un aereo non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto idoneo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale); di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico; di stati di ubriachezza ed ebbrezza (se superiore al tasso alcolemico presente nel sangue e previsto dal Codice della Strada).**
- **Solo per D: il suicidio dell'Assicurato accaduto durante i primi 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo avvenuto tramite Vocal order.**
- **Solo per IPT, ITT, e RO, le conseguenze: di ogni affezione psichica, psichiatrica o neuropsichiatrica; di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata, di ogni tentativo di suicidio e**

di atti di autolesionismo; di operazioni chirurgiche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato.

- **Solo per PII:** i licenziamenti notificati prima dell'adesione dell'Assicurato o durante il periodo di carenza; i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali; licenziamenti tra congiunti (ascendenti, discendenti, coniuge, fratelli, sorelle, affini nello stesso grado, zii e nipoti), anche nel caso in cui il datore di lavoro sia una persona giuridica ed i sopradetti soggetti occupino una posizione decisionale (a titolo meramente esemplificativo, ma non esaustivo, amministratore unico, amministratore delegato, direttore generale, procuratore); le dimissioni e le rotture negoziate del contratto di lavoro; le cessazioni – anticipate o alla loro scadenza – dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei, di apprendistato, intermittenti o ad interim; la quiescenza o il pensionamento, ovvero il prepensionamento; ogni forma di cessazione del contratto di lavoro che possa dar luogo al pagamento dei sussidi di disoccupazione senza ricerca attiva di una nuova occupazione; le disoccupazioni parziali; il percepimento di qualsivoglia forma di cassa integrazione ai sensi della legge italiana tempo per tempo vigente; i licenziamenti relativi a rapporti di lavoro non regolati dal diritto italiano, i licenziamenti per superamento del limite del periodo di comporto; i licenziamenti notificati quando ancora l'Assicurato non ha concluso e superato il periodo di prova; i casi in cui l'Assicurato non è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità; i casi in cui l'Assicurato non reintegra il posto di lavoro al termine di un periodo di aspettativa o nel caso di opzione fra reintegro e indennità di buonuscita.

Prestazione massima

Per le garanzie D e IPT la prestazione massima pagabile per ciascun Aderente, qualunque sia il numero dei contratti di Finanziamento e/o dei programmi assicurativi di cui è titolare, è di € 50.000,00 (cinquantamila/00); per le garanzie ITT, PII e RO la prestazione massima pagabile per ciascun Assicurato, qualunque sia il numero dei contratti di Finanziamento e/o dei programmi assicurativi di cui è titolare, è di € 1.500,00 (millecinquecento/00) al mese. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dall'ambito della prestazione pagabile.

Art. 10 Premio assicurativo

Il premio assicurativo è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, alle attività professionali svolte ed è calcolato moltiplicando il tasso di premio, pari a 0,083%, per il capitale residuo del Finanziamento alla data del Vocal order ed il numero delle rate residue di rimborso mensile del Finanziamento alla data del Vocal order.

La totalità del premio viene utilizzata dall'Assicuratore per far fronte ai rischi assunti in contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dall'Assicuratore quale corrispettivo del rischio corso.

Il premio viene pagato mensilmente dall'Assicurato all'Assicuratore tramite addebito diretto sul conto corrente (SDD).

Il premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento (ad esempio in caso di cambio categoria lavorativa).

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, in caso di mancato pagamento del premio, il Programma Assicurativo resta sospeso sino alle ore 24.00 del giorno in cui avviene il pagamento del premio dovuto.

Art. 11 Denuncia di sinistro ed obblighi relativi

In caso di sinistro, **dovrà esserne data tempestiva notizia all'Assicuratore telefonicamente, contattando il numero 02/09996200 o scrivendo all'indirizzo e-mail: info@societegenerale-insurance.it.**

A seguito della notifica del sinistro, saranno fornite tutte le informazioni utili per l'invio dei documenti necessari a determinare l'eventuale liquidazione del sinistro.

La documentazione, debitamente compilata, dovrà essere successivamente inviata presso l'indirizzo dell'Assicuratore.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, le Compagnie hanno facoltà di richiedere che la stessa sia opportunamente integrata, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. **Inoltre, si riservano il diritto di far effettuare, in ogni momento ed a loro spese, accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni alle stesse comunicate e di richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica o medico/legale, in tutti quei casi in cui sia necessario valutare l'applicabilità delle coperture assicurative.** In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario, entro 30 giorni dalla data in cui l'Assicuratore avrà ricevuto tutta la documentazione richiesta, salvo casi particolari.

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Si fa inoltre presente che ai sensi dell'art. 1, comma 345-quater, della Legge 266 del 23 dicembre 2005 e s.m.i., così come implementato dal D.P.R. 116 del 22 giugno 2007 e s.m.i., in caso di mancata riscossione delle somme dovute ai Beneficiari nei 10 anni decorrenti dalla data di libera disponibilità, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla summenzionata Legge 266 del 2005.

Art. 12 Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Programma Assicurativo.

Art. 13 Aggravamento del rischio

Ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, l'Assicurato comunica per iscritto all'Assicuratore ogni cambiamento che comporta un aggravamento del rischio, come ad esempio i mutamenti della professione svolta (art. 1926 del Codice Civile). Si informa l'Assicurato che, in caso di mancata comunicazione, il pagamento dell'indennizzo potrebbe non essere dovuto o essere dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Art. 14 Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto:

- **Relativamente alle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, a: Sogecap S.A. - Ufficio Reclami - Via Tiziano n. 32, 20145 Milano - indirizzo e-mail: reclami@societegenerale-insurance.it;**
- **Relativamente alla garanzia Perdita Involontaria d'Impiego, a: Sogessur S.A. - Ufficio Reclami - Via Tiziano n. 32, 20145 Milano - indirizzo e-mail: reclami@societegenerale-insurance.it.**

L'Assicuratore gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

Il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore, scrivendo a IVASS - Servizio tutela degli Utenti via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206 - PEC: ivass@pec.ivass.it, nei seguenti casi:

- Reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del D. Lgs. n. 206/2005 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte di imprese di assicurazione e riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- Reclami già inoltrati direttamente all'Assicuratore per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto).
- Reclami inoltrati direttamente all'Assicuratore, qualora le richieste ivi contenute non siano state accolte in tutto o in parte; in questo caso, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà rivolgersi all'IVASS, o ricorrere a **sistemi alternativi di risoluzione delle controversie** quali:
 - a) La **mediazione civile** disciplinata dal D. Lgs. 28/2010 e prevista come **condizione di procedibilità** per esercitare in giudizio un'azione civile. Tale procedura si attiva presentando una domanda ad uno degli Organismi di mediazione scelto liberamente dalla parte, tra quelli territorialmente competenti. Il responsabile di tale Organismo provvederà a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le parti, le quali dovranno parteciparvi con l'assistenza di un avvocato. Se la conciliazione ha un esito positivo, il mediatore redige processo verbale, sottoscritto dalle parti e dallo stesso mediatore, al quale è allegato il testo dell'accordo.
 - b) La **negoziazione assistita**, disciplinata dalla legge n. 162/2014 attivabile facoltativamente prima del procedimento di mediazione, nel caso di domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro. Tale procedura si instaura tramite invito, di una parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza dei rispettivi avvocati.
 - c) L'**arbitro assicurativo** è un organo istituito presso Ivass e disciplinato dal decreto legislativo del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215. e dagli artt. 147 comma 7 del Codice del Consumo e 187.1 del Codice delle Assicurazioni. La procedura presso tale istituto si attiva presentando ricorso 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.

Resta comunque salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, dopo l'esperimento obbligatorio del procedimento di mediazione civile. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Il reclamo indirizzato all'IVASS deve contenere le seguenti informazioni: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione della Compagnia o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela; copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di 45 giorni e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente; ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. Il reclamo indirizzato ad IVASS può essere presentato utilizzando il modello presente sul sito www.ivass.it alla sezione "Per il Consumatore" - sottosezione "Come presentare un reclamo".

Il reclamante potrà inoltre rivolgersi per iscritto direttamente all'autorità di Vigilanza Francese (Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - ACPR), al seguente indirizzo: ACPR- DCPC / SIR 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Art. 15 Regime fiscale

Al presente contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal D.P.R. n. 917/86 e successive modifiche.

Imposte sui premi

Al fine di applicare correttamente l'imposta sui premi di assicurazione occorre ripartire il premio nelle due componenti:

- Premio per la garanzia Decesso: 46,34% del premio lordo per i prodotti "Finanziamento a termine finalizzato" e "Doppio Piano di Rimborso"; 46,34% del premio lordo per il prodotto "Maxirata";
- Premio per le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita Involontaria d'Impiego: 53,66% del premio lordo per i prodotti "Finanziamento a termine finalizzato" e "Doppio Piano di Rimborso"; 53,66% del premio lordo per il prodotto "Maxirata".

I premi per le garanzie del Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

I premi per le garanzie del Ramo Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.

Detrazione fiscale dei premi

Per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente Totale (58,21% del premio lordo per i prodotti "Finanziamento a termine finalizzato" e "Doppio Piano di Rimborso"; 58,21% del premio lordo per il prodotto "Maxirata") è prevista

per l'anno in cui il premio stesso è stato corrisposto, una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) alle condizioni e nei limiti di detraibilità fissati dalla legge tempo per tempo vigente.

Art. 16 Conflitto di interessi

Sogecap S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia e Sogessur S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, che commercializzano il presente contratto, fanno parte del Gruppo Société Générale. Tali compagnie sono autorizzate all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia (Sogecap S.A.) e Perdite Pecuniarie (Sogessur S.A.), con Provvedimenti ACPR (ex ACAM) - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. Il presente contratto può essere distribuito da intermediari assicurativi anch'essi facenti parte del Gruppo Société Générale. Le compagnie si impegnano in ogni caso ad operare in modo da non recare pregiudizio all'Assicurato ove si presentasse una situazione di conflitto di interesse.

Art. 17 Legge applicabile

Al contratto si applica la legge italiana.

Art. 18 Foro competente

Qualsiasi controversia tra l'Assicuratore e l'Assicurato in relazione all'esecuzione, interpretazione, validità o cessazione del Programma Assicurativo, sarà risolta mediante ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria dopo l'esperimento obbligatorio del procedimento di mediazione civile. Il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio o della sede legale dell'Assicurato.

Art. 19 Sanzioni ed embargo

Le garanzie del presente contratto non sono operanti e l'Assicuratore non corrisponderà alcuna prestazione e/o indennizzo qualora l'indennizzo e/o la prestazione possano esporre l'Assicuratore e/o qualsiasi società del gruppo cui appartiene a sanzioni, divieti, restrizioni o embargo totale o parziale previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e /o commerciali previsti da leggi o regolamenti di qualsiasi paese.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679)

Gentile Cliente, La informiamo che i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi¹, anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati da Sogecap S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito Sogecap S.A.) e da Sogessur S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito Sogessur S.A.) (titolari autonomi del trattamento per le garanzie rispettivamente prestate da ciascuna compagnia) al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti² nonché per ogni altra finalità connessa ad obblighi di legge, regolamenti, normativa comunitaria e per finalità strettamente connesse alle attività assicurative fornite. A tali scopi Lei potrebbe fornire a Sogecap S.A. e Sogessur S.A. eventuali dati sensibili³ indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione e/o all'esecuzione delle prestazioni richieste. Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per il perseguimento delle suddette finalità. L'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare l'impossibilità di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito della struttura di Sogecap S.A. e Sogessur S.A., solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione in qualità di incaricati del trattamento, sia attraverso strumenti informatici e/o elettronici, sia su supporto cartaceo e, comunque, mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a:

- (i.) Società del gruppo di Sogecap S.A. e Sogessur S.A., e a società di fiducia di Sogecap S.A. e Sogessur S.A., che svolgono per conto di tali compagnie attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento⁴, nonché
- (ii.) Ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁵.

L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti sarà fornito dai titolari del trattamento dietro richiesta. Inoltre, taluni Suoi dati potrebbero, sempre per le finalità sopra indicate, essere comunicati a soggetti situati in Paesi appartenenti all'Unione Europea o in Paesi terzi, nel rispetto della vigente normativa ed in particolare del Capo V (Trasferimenti di dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali) del Reg. 2016/679.

La invitiamo, pertanto, a rilasciare a Sogecap S.A. e Sogessur S.A., con la sottoscrizione dell'apposita sezione, il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà accedere ai Suoi dati e, eventualmente, chiederne la cancellazione, rettifica, limitazione, portabilità⁶ od opporsi al loro trattamento, nonché esercitare gli ulteriori diritti⁷ rivolgendosi ai titolari del trattamento e/o al Responsabile della protezione dei dati, ai seguenti contatti: Sogecap S.A. e/o Sogessur S.A. Via Tiziano 32, 20145 Milano, e-mail DPO@societegenerale-insurance.it. Inoltre, potrà proporre reclamo all'autorità di controllo⁸. È inteso che Lei, in qualsiasi momento, potrà revocare il consenso precedentemente fornito al trattamento dei dati, non incidendo, però, sulla piena validità e liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca. Potrà rivolgersi ai medesimi indirizzi al fine di conoscere l'elenco di tutti i soggetti a cui potranno essere trasmessi i suoi dati personali, nonché, nel caso di trasferimento ad un Paese Terzo, per ottenere una copia di tali dati e l'indicazione del luogo dove sono disponibili. I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario a conseguire le finalità sopra descritte, nel rispetto dei termini prescrizionali previsti dalla legge.

Si precisa che Sogessur S.A. è titolare del trattamento per la garanzia “Perdita Involontaria di Impiego” e Sogecap S.A. è titolare del trattamento per tutte le altre garanzie.

Note all’informativa sul trattamento dei dati personali

¹ **Dati personali acquisiti tramite terzi:** come, ad esempio, nel caso di polizze collettive o individuali che la qualificano come Assicurato o beneficiario stipulate anche tramite agenti, broker o altri intermediari assicurativi, ovvero nel caso in cui, per una corretta e sicura assunzione e gestione dei rischi, sia necessario acquisire informazioni aggiuntive tramite società di informazioni commerciali.

² **Servizi, prestazioni e prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti:** stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio a difesa dei diritti dell'Assicuratore, adempimento degli specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche, attività di profilazione (art. 22 Reg. UE 2016/679)

³ **Dati sensibili:** per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea 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 personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art 9 par. 1 del Reg. UE 2016/679).

⁴ **Autonomi titolari o di responsabili del trattamento:** In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: Assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

⁵ **Enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo:** ANIA, IVASS, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Unità di Informazione Finanziaria (UIF), Casellario Centrale Infortuni.

⁶ **Limitazione e portabilità dei dati:** limitazione e portabilità sono diritti esercitabili con decorrenza dal 25/05/2018. Si intende che il diritto di portabilità possa essere esercitato per i soli dati da Lei forniti e che vengano da noi processati digitalmente; sono, quindi, esclusi quelli forniti mediante il solo supporto cartaceo.

⁷ **Ulteriori diritti:** diritti previsti e disciplinati agli artt. 15-21 del Reg. UE 2016/679

⁸ **Reclamo all'autorità di controllo:** “Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il presente regolamento ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione”. Sul sito del Garante per la protezione dei dati personali, al seguente link <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>, vengono fornite indicazioni per la presentazione di eventuali reclami alla suddetta autorità



Via Tiziano 32, 20145 Milano | www.societegenerale-insurance.it