

Cessione del quinto della pensione

 SOCIETE GENERALE
Insurance

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

SOGECAP SA Rappresentanza Generale per l'Italia compagnia registrata in Francia, operante in Italia in regime di stabilimento – nr. iscrizione I00088


CQP Fidelity


20/01/2025 – ultima edizione disponibile


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


Che tipo di assicurazione è?


La polizza è una assicurazione sulla vita stipulata dalla società finanziaria o istituto di credito, ("Contraente") al fine di tutelare se stessa in caso di decesso del Cedente (pensionato), a cui ha concesso un prestito estinguibile con cessione di quote della pensione e che ha dato il consenso alla stipulazione di una assicurazione sulla propria vita

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?
<p>a) <i>prestazioni in caso di decesso del Cedente per qualunque causa</i>: l'Assicuratore pagherà alla Contraente una somma pari al Credito Residuo alla data del decesso.</p> <p>Indipendentemente dal numero di contratti relativi a Finanziamenti sottoscritti da uno stesso Cedente con la Contraente, l'Assicuratore pagherà una prestazione massima pari a 100.000,00 euro, salvo casi particolari.</p>

 Che cosa NON è assicurato?
<p><i>Non sono assicurabili le persone che:</i></p> <ul style="list-style-type: none">* <i>Abbiano un'età uguale o superiore a 87 anni al momento della sottoscrizione del Modulo per le dichiarazioni del Cedente e un'età uguale o superiore a 91 anni al momento del Decesso.</i>* <i>Abbiano sottoscritto un Finanziamento di nuova emissione che abbia una durata inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi, non preveda rate di rimborso mensili ed il cui montante ecceda l'importo di 100.000,00 Euro.</i>* <i>Non siano titolari di una pensione erogata da INPS o da altri enti previdenziali</i>

 Ci sono limiti di copertura?
<p><i>È escluso il Decesso causato dalle conseguenze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>! del Dolo della Contraente</i><i>! di atti di terrorismo, sabotaggi, attentati o delitti dolosi qualora il Cedente vi abbia preso parte attiva</i><i>! di tutti i rischi nucleari</i><i>! del dolo del Cedente</i><i>! del suicidio del Cedente</i>

 Dove vale la copertura?
<p>✓ <i>Non ci sono limiti territoriali</i></p>

 Che obblighi ho?
<ul style="list-style-type: none">– <i>È importante che le dichiarazioni rese dal Cedente all'atto dell'ingresso in polizza siano complete e veritiere per evitare il mancato pagamento dell'indennizzo o il pagamento ridotto in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.</i>– <i>Consegnare all'Assicuratore i documenti necessari alla liquidazione della prestazione del contratto, quali la denuncia sinistro con il numero di Finanziamento, la copia del contratto di Finanziamento, compilato e sottoscritto dal Cedente, l'ammontare esatto del credito residuo rilevato al momento del Decesso, il piano di ammortamento e il certificato di morte. L'Assicuratore può richiedere, agli eredi ulteriore documentazione medica, ritenuta necessaria.</i>



Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e anticipato ed è calcolato sulla base del Montante lordo e della durata del Finanziamento, nonché dell'età del Cedente. I premi dovuti sono regolati con cadenza mensile a mezzo di bonifico bancario.

- *Il Contratto non prevede il diritto di riscatto o riduzione*
- *Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio*
- *Il Premio e le somme assicurate non sono soggetti ad adeguamento*



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *La copertura è concessa per Finanziamenti che hanno una durata compresa tra i 24 mesi ed i 120 mesi. La durata della copertura può essere prolungata per un massimo di 24 mesi in caso di sospensione temporanea del piano di ammortamento stesso e/o di ulteriori 12 mesi in caso di differimento dell'inizio dell'ammortamento.*
- *Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione da parte del Cedente del Modulo per le dichiarazioni del Cedente e del Questionario Medico. La copertura decorre dalle ore 24:00 della Data di erogazione del Finanziamento, ferme restando le condizioni necessarie per l'ammissione alla copertura.*



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

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R, entro 30 giorni dalla Data di prima erogazione del Finanziamento.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- *Non sono previsti riscatti o riduzioni*

Cessione del quinto della pensione

 SOCIETE GENERALE
Insurance

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

SOGECAP SA Rappresentanza Generale per l'Italia compagnia registrata in Francia, operante in Italia in regime di stabilimento – nr. iscrizione I00088

CQP Fidelity

20/01/2025 – ultima edizione disponibile

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

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

SOGECAP S.A.- Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Tiziano n. 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

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

Il patrimonio netto di Sogessur risultante dall'ultimo bilancio approvato è pari ad €/mio 140 ed è costituito da capitale sociale per €/mio 68 ed altre riserve per €/mio 72. Il Solvency Capital Requirement (SCR) di Sogessur ammonta a €/mio 251 e il rapporto di copertura del Solvency Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 120%. Il Minimum Capital Requirement (MCR) di Sogessur ammonta a €/mio 113 e il rapporto di copertura del Minimum Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 176%. I dati sopra riportati sono contenuti nella Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile all'indirizzo: <https://www.assurances.societegenerale.com/en/investor-journalist/our-publications/solvency/>

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?


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





Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


Cosa fare in caso di evento?	Denuncia di sinistro: La Contraente deve presentare all'Impresa la richiesta per la liquidazione delle prestazioni tramite una delle seguenti modalità: posta raccomandata con ricevuta di ritorno, corriere, posta certificata, portale del Partner gestionale. Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni ad esclusione del
-------------------------------------	--


	<p>contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Inoltre, ai sensi dell'art. 1, comma 345-quater, della Legge 266 del 23 dicembre 2005 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.</p> <p>Liquidazione della prestazione: L'Assicuratore s'impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto alla Contraente entro 45 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione completa.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o del Cedente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	– Sul premio non vengono applicate imposte.
Rimborso	<p>In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento da parte del Cedente, l'Assicuratore restituirà alla Contraente la parte di premio relativa al Finanziamento estinto anticipatamente o trasferito e proporzionale al periodo di assicurazione non goduto.</p> <p>In caso di recesso l'Assicuratore restituirà alla Contraente il premio eventualmente già pagato, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle imposte di legge.</p>
Sconti	Non sono previsti sconti.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il Contratto non prevede tacito rinnovo e cesserà in ogni caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al termine del piano di rimborso di tale Finanziamento; - Al compimento di 91 anni di età del Cedente; - In caso di estinzione anticipata/trasferimento del Finanziamento - In caso di sinistro.
Sospensione	Non sono previsti casi di sospensione.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Non prevista
Recesso	La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo lettera raccomandata A/R, indirizzata all'Assicuratore, entro 30 giorni dalla data di erogazione del Finanziamento.
Risoluzione	Non prevista

 A chi è rivolto questo prodotto ?	
<p>Il prodotto è rivolto alle società finanziarie o istituti di credito che hanno l'esigenza di tutelarsi in caso di decesso del Cedente (pensionato) al quale hanno concesso un prestito estinguibile con cessione di quote della pensione.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>Costi gravanti sul premio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costi di gestione: 14.8%. La percentuale è fissa e non dipende da sesso, durata, età della testa assicurata o importo finanziato. - Costi di intermediazione. Il 8% del premio al netto delle imposte è in media corrisposto all'agente intermedio/i a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione. 	



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	- Non sono previsti riscatti o riduzioni
Richiesta di informazioni	- Non essendo previste ipotesi di riscatto o riduzione, non vi sono uffici preposti al rilascio di informazioni sui valori di riscatto o riduzione

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati all'Assicuratore secondo le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none">- Posta: Sogecap S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Ufficio Reclami – Via Tiziano 32, 20145 Milano- E-mail: reclami@societegenerale-insurance.it
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:

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 poter procedere innanzi all'Autorità giudiziaria ordinaria.
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: http://www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.
---	---

AVVERTENZE

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA.

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

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

Cessione del Quinto della Pensione
Condizioni di assicurazione

Condizioni di Assicurazione relative al Contratto assicurativo n. FI/13/005 “Cessione del quinto della pensione per il caso morte connesso alla stipulazione di contratti di Cessione del quinto per i pensionati ed a copertura del rischio di mancato adempimento dell’obbligazione di pagamento delle rate di rimborso in seguito al decesso del Cedente”

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: 20/01/2025

GLOSSARIO

Assicuratore: Sogecap S.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex, Francia. L'Assicuratore è autorizzato 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), opera in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria sita in Italia, in Via Tiziano n. 32, 20145 Milano.

Assicurazione: prestazioni garantite dall'Assicuratore ai sensi delle Condizioni di Assicurazione

Contratto di Assicurazione o Contratto: il contratto di assicurazione concluso tra la Contraente e l'Assicuratore per ciascun Finanziamento secondo le presenti Condizioni di Assicurazione.

Beneficiario: la Contraente.

Cedente: la persona fisica con la quale la Contraente ha stipulato un Finanziamento rimborsabile tramite cessione di quote della pensione fino al quinto e che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione.

Certificato di polizza: documento che l'Assicuratore invia alla Contraente a conferma dell'accettazione del rischio.

Contraente: Fidelity S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Via G. Silva n. 34, 20149 Milano.

Credito Residuo:

- rate aventi scadenza successiva al Sinistro (scontate di tutte le voci di costo che compongono il tasso nominale di interesse (TAN) applicato al Finanziamento ed indicato nello stesso) e
- rate sospese/accodate, ovvero rate non pagate a seguito di cessazione temporanea, totale o parziale, del diritto alla pensione. Non rientrano nella definizione le rate non pagate per morosità.

Data di effetto del finanziamento: data di decorrenza del contratto di Finanziamento.

Data di Erogazione: è la data in cui viene corrisposto un anticipo (prima erogazione) a favore del Cedente, o suo avente causa, o la data in cui viene corrisposto l'importo totale del Finanziamento.

DIP Vita: il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi

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

DPR 180: il Decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1950, n. 180.

Finanziamento: prestito personale rimborsabile, ai sensi del DPR 180, tramite cessione di quote della pensione fino al quinto stipulato dal Cedente con la Contraente.

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute del Cedente non dipendente da Infortunio.

Modulo per le dichiarazioni del Cedente: modulo attraverso il quale il Cedente acconsente alla conclusione del Contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Montante Lordo: la somma delle rate di ammortamento del Finanziamento, al lordo degli interessi.

Premio: la somma versata dalla Contraente all'Assicuratore per la copertura assicurativa prestata.

Questionario medico o QM: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Cedente che deve essere compilato, sottoscritto e datato dal Cedente nelle ipotesi previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione; il Questionario medico dovrà essere controfirmato dal medico di fiducia.

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

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

Il Contratto di Assicurazione è concluso dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni del Cedente.

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Contratto è concluso a garanzia del Finanziamento stipulato dalla Contraente al fine di coprire il rischio di mancato adempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso del Finanziamento da parte del Cedente in seguito al suo Decesso, avvenuto nel corso del periodo di durata della garanzia, stabilito dal successivo articolo 4. La garanzia offerta dall'Assicuratore prevede, alle presenti Condizioni di Assicurazione, una copertura per il caso di Decesso del Cedente, valida senza limiti territoriali.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

La copertura è concessa dall'Assicuratore alla Contraente in relazione al Finanziamento **a condizione che il Cedente:**

- **abbia sottoscritto un Finanziamento di nuova emissione, la cui durata sia compresa tra i 24 mesi e i 120 mesi e che preveda rate di rimborso mensili e il cui montante non ecceda l'importo di € 100.000,00;**
- **abbia fornito il proprio documento di identità e il proprio codice fiscale;**
- **abbia prestato per iscritto il proprio consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del codice civile, compilando e sottoscrivendo il Modulo per le dichiarazioni del Cedente allegato;**
- **soddisfi le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del Questionario Medico allegati;**
- **sia titolare di una pensione erogata dall'INPS o da altri enti previdenziali;**
- **abbia un'età, al momento del consenso espresso ai sensi dell'art. 1919 del codice civile, inferiore a 88 anni e, al termine del Finanziamento, inferiore a 91 anni.**

Formalità di assunzione medica e modalità di perfezionamento del Contratto: si richiede la compilazione e sottoscrizione (con indicazione della data) da parte del Cedente del Modulo per le dichiarazioni del Cedente e del Questionario medico.

Le formalità di assunzione medica e le modalità di perfezionamento del Contratto variano, per ciascun Cedente, in base ai seguenti parametri assuntivi:

Montante	Formalità mediche
Fino a 50.000 €	Questionario Medico firmato dal Cedente
da 50.001 € a 100.000 €	Questionario Medico controfirmato e timbrato dal Medico
Pensioni di Invalidità/Inabilità	Questionario Medico controfirmato e timbrato dal Medico

Qualora nel Questionario medico venga riscontrata almeno una risposta positiva, l'Assicuratore ha facoltà di:

- accettare il rischio;
- rifiutare il rischio;
- richiedere ulteriore documentazione medica; in tal caso l'Assicuratore, esaminato il rischio, comunica la propria decisione alla Contraente e in caso di sovrappremio, l'importo del medesimo.

Se, entro 30 giorni dalla richiesta di ulteriore documentazione medica, l'Assicuratore non riceve riscontro la domanda di copertura si intenderà respinta.

In ogni caso l'Assicuratore invierà alla Contraente un Certificato di Polizza, a conferma dell'accettazione del rischio, dopo aver visionato la documentazione reddituale e la documentazione assicurativa sottoscritta dal Cedente.

Casi particolari non rientranti nei parametri assuntivi previsti nelle presenti Condizioni di Assicurazione potranno essere preventivamente sottoposti all'Assicuratore dalla Contraente. L'Assicuratore, una volta esaminato il rischio, valuterà

l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. A tal fine l'Assicuratore potrà richiedere alla Contraente tutta la documentazione necessaria per la valutazione del rischio e l'eventuale assunzione dello stesso.

Qualora entro 30 giorni dalla richiesta di documentazione da parte dell'Assicuratore la Contraente non dia o non intenda dare seguito alla domanda di copertura, questa si intenderà respinta.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o del Cedente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Anche se non espressamente previsto dalle formalità di ammissione alla copertura assicurativa, il Cedente può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I relativi costi saranno a carico del Cedente cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA GARANZIA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della Data di Erogazione del Finanziamento, ferme restando le condizioni di cui all'art. 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

La durata della copertura non può eccedere la durata del Finanziamento.

In particolare, la garanzia rimane in vigore per tutto il piano di ammortamento del Finanziamento **a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato** e cesserà in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso di tale Finanziamento;
- al compimento del 91° anno di età del Cedente;
- in caso di estinzione anticipata/trasferimento del Finanziamento, come indicato al successivo articolo 5;
- in caso di Sinistro.

La durata della garanzia può essere prolungata per un massimo di ulteriori 24 mesi in caso di sospensione temporanea dell'ammortamento stesso e/o di ulteriori 12 mesi in caso di differimento dell'inizio dell'ammortamento. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento, ma una penalità del 3% del capitale residuo sarà applicata, qualora il Sinistro si verifichi dopo 6 mesi di prolungamento e del 6% del capitale residuo qualora il Sinistro si verifichi dopo un anno di prolungamento. In ogni caso la durata della garanzia non potrà eccedere le 24 mensilità complessive.

Se il Finanziamento non viene erogato entro 3 mesi dalla Data di effetto del finanziamento indicata nel Certificato di polizza la copertura assicurativa è nulla.

Il presente contratto non prevede tacito rinnovo.

Allo stesso modo, il mancato pagamento del premio di cui al successivo articolo 9 che si protragga per **90 giorni** successivi alla Data di effetto del finanziamento indicata nel Certificato di polizza comporta la risoluzione della copertura assicurativa.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata, o di trasferimento del Finanziamento da parte del Cedente, il Contratto cessa di produrre effetti e l'Assicuratore restituirà alla Contraente la parte di premio relativa al Finanziamento estinto anticipatamente o trasferito e proporzionale al periodo di assicurazione non goduto.

La porzione di premio da rimborsare è uguale alla somma:

- del premio di rischio puro corrispondente al periodo di assicurazione residuo rispetto alla scadenza originaria relativo al prestito estinto anticipatamente nonché al capitale assicurato residuo;
- dei costi corrispondenti al periodo di assicurazione residuo rispetto alla scadenza originaria.

La porzione del premio di rischio puro e dei costi corrispondenti sarà calcolata al netto delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto (diritti fissi e imposte).

Il premio da restituire sarà al netto delle spese di rimborso, pari al 4% del premio da restituire, con un minimo di 30 Euro.

ART. 6 – RECESSO

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, entro 30 giorni dalla Data di prima Erogazione del Finanziamento. In tal caso l'Assicuratore restituirà alla Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio eventualmente già pagato, al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto e delle imposte di legge,

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

L'Assicuratore si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di Decesso del Cedente prima del compimento del 91° anno e comunque prima della scadenza del Finanziamento oggetto della copertura assicurativa, un capitale pari al valore del Credito Residuo.

ART. 8 – ESCLUSIONI

Il rischio di Decesso è coperto qualunque possa essere la causa del Sinistro, senza limiti territoriali. È escluso dall'Assicurazione il Decesso causato dalle conseguenze:

- del dolo della Contraente;
- di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora il Cedente vi abbia preso parte attiva;
- di tutti i rischi nucleari;
- del dolo del Cedente;
- del suicidio del Cedente avvenuto nel corso dei 12 mesi successivi alla data di decorrenza della copertura, come indicata al precedente articolo 4.

L'efficacia e l'operatività della Copertura Assicurativa sono condizionate alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate dalla Contraente e dal Cedente.

Prestazione massima: la prestazione massima pagabile (in relazione al Contratto di Assicurazione e ad eventuali ulteriori contratti di assicurazione tra l'Assicuratore e la Contraente relativi ad altri Finanziamenti sottoscritti dal Cedente) è di Euro 100.000, salvo il caso in cui l'Assicuratore abbia accettato casi particolari di copertura non rientranti nei parametri assuntivi previsti nelle presenti Condizioni di Assicurazione, come previsto al precedente articolo 3.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è unico e anticipato ed è calcolato sulla base del Montante lordo, della durata del Finanziamento, nonché dell'età del Cedente.

Il Contratto non prevede il diritto di riscatto dei premi versati. 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 è posto interamente a carico della Contraente. La Contraente e l'Assicuratore convengono di regolare i premi dovuti con cadenza mensile a mezzo di bonifico bancario.

Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio.

Il Premio e le somme assicurate non sono soggetti ad adeguamento.

Ai sensi dell'art. 1901 del codice civile, in caso di mancato pagamento del Premio, la garanzia resta sospesa sino alle ore 24.00 del giorno in cui la Contraente paga quanto dovuto.

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Decesso del Cedente, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata a favore del Beneficiario, devono essere preventivamente consegnati all'Assicuratore i documenti necessari a verificare

l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza l'importo dell'indennizzo, e in particolare:

- il numero della pratica del Finanziamento sottoscritto dal Cedente deceduto;
- la denuncia del Sinistro;
- il contratto di Finanziamento;
- l'ammontare esatto del Credito Residuo rilevato al momento del decesso del Cedente;
- il certificato di morte del Cedente.

L'Assicuratore può chiedere ulteriore documentazione medica, eventualmente ritenuta necessaria, direttamente agli eredi del Cedente. Ricevuta tale documentazione l'Assicuratore corrisponderà l'indennizzo alla Contraente salvo quanto previsto dall' Art. 8 e in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Cedente.

L'Assicuratore si riserva comunque il diritto di richiedere alla Contraente il calcolo completo del piano di ammortamento realizzato per l'ottenimento del debito residuo comunicato.

Se dalla documentazione presentata l'Assicuratore accerta l'obbligo di pagare la prestazione assicurata, l'Assicuratore invierà al Beneficiario la quietanza. La firma per accettazione di tale quietanza da parte del Beneficiario e l'avvenuto pagamento libererà l'Assicuratore da qualsiasi obbligo. In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione completa.

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 a titolo di indennizzo 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 11 – CESSIONE DEI DIRITTI

La Contraente previo preavviso scritto di almeno 2 mesi all'Assicuratore, potrà cedere a terzi i diritti derivanti dal Contratto, così come potrà vincolare tali diritti a favore di terzi. Resta inteso che la Contraente sarà tenuta a rimborsare all'Assicuratore ogni eventuale onere aggiuntivo dallo stesso sostenuto a causa o per effetto della cessione e/o del vincolo.

ART. 12 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati all'Assicuratore, secondo le seguenti modalità:

Posta: Sogecap S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami - Via Tiziano 32, 20145 Milano.

E-mail: reclami@societegenerale-insurance.it.

I reclami indirizzati all'Impresa contengono:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo della Contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

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.

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 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: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

ART. 13 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 14 – FORO COMPETENTE

Qualsiasi controversia tra l'Assicuratore e la Contraente in relazione all'esecuzione, interpretazione, validità o cessazione del Contratto, 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 di Milano.

15 – CONFLITTO DI INTERESSI

Non sussistono ipotesi di conflitto di interessi. La Compagnia si impegna, in ogni caso, ad operare in modo da non recare pregiudizio alla Contraente ove si presentasse una situazione di conflitto di interesse.

ART. 16 – 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.

I premi per le garanzie di cui al presente contratto non sono soggetti a imposta sulle assicurazioni.

QUESTIONARIO MEDICO (1/3)

(Da completare a cura del Cedente)

AVVERTENZA: Il presente Questionario dovrà sempre essere timbrato e controfirmato a cura del Medico di fiducia per importi di montante superiori a 50.000€ o in presenza di titolari di pensione di invalidità

NOME _____

COGNOME _____

Data di nascita
(gg/mm/aaaa)

Il presente questionario deve essere sottoscritto e completato a cura del Cedente, sotto la sua esclusiva responsabilità in tutte le sue parti, rispondendo in maniera veritiera, precisa e completa a ciascuna domanda.

Il questionario deve poi essere riconsegnato in busta chiusa al soggetto incaricato da Fidelity S.p.A., unitamente al Modulo per le dichiarazioni del Cedente.

Si rammenta che il Medico specializzato dell'Assicuratore si riserva il diritto di chiedere al Cedente ulteriore documentazione medica ritenuta necessaria.

Le dichiarazioni riportate nel presente modulo hanno validità di 6 mesi. La data del presente questionario non può quindi essere anteriore di più di sei mesi rispetto alla data di prima erogazione del finanziamento.

Data/...../.....

Firma del Cedente

IL "DIRITTO ALL'OBLIO" PER ALCUNE PATOLOGIE (TRA CUI LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE) È APPLICABILE ALLE DOMANDE CONTRASSEGNALE DA UN ASTERISCO *. NELLA COMPILAZIONE DEL PRESENTE QUESTIONARIO NON È NECESSARIO RILASCIARE INFORMAZIONI RELATIVE A PATOLOGIE ONCOLOGICHE DALLE QUALI SIA STATO AFFETTO ED IL CUI TRATTAMENTO ATTIVO SI SIA CONCLUSO, SENZA EPISODI DI RECIDIVA DA PIÙ DI 10 ANNI (5 ANNI NEL CASO DI TUMORE INSORTO PRIMA DEI 21 ANNI O TERMINI INFERIORI) AI SENSI DELL'ART. 2 COMMA 1 DELLA LEGGE N. 193/2023. L'INFORMATIVA COMPLETA È DISPONIBILE SUL SITO WWW.SOCIETEGENERALE-INSURANCE.IT.

Non dimenticare di completare e inviare tutte e tre le pagine di questo documento

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente

	NO	SI	Commenti OBBLIGATORIA in caso di risposta positiva
<p>1 Indichi la sua altezza in cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Indichi il suo peso in kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg Indichi la differenza tra altezza & peso (Es. : 175 cm – 81 kg = 94) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Qui ha la possibilità di specificare se l'eventuale eccesso di peso è legato ad una situazione particolare (esempio: gravidanza):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2 È attualmente inabile per malattia o per invalidità?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Si, perché?</p> <p>.....</p> <p>Da quando?</p> <p>.....</p>
<p>3 Sta attualmente ricevendo cure mediche, ad eccezione della contraccezione o delle condizioni stagionali? *</p> <p><i>Per trattamento medico intendiamo farmaci, fisioterapia, osteopatia, agopuntura, infiltrazioni, psicoterapia</i></p> <p>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se si, quale?</p> <p>.....</p> <p>Perché?</p> <p>.....</p> <p>Da quando?</p> <p>.....</p>
<p>4 Negli ultimi dieci anni, è stato inabile per più di trenta giorni consecutivi a causa di malattia o infortunio?</p> <p>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Perché ?</p> <p>.....</p> <p>Quando ?</p> <p>.....</p> <p>Durata?</p> <p>.....</p>
<p>5 Negli ultimi 10 anni è stato ricoverato in ospedale o è stato operato (tranne che per: appendicite, tonsille, vegetazioni,</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se si, quando?</p> <p>.....</p>

<p>denti del giudizio, setto nasale deviato, vene varicose degli arti inferiori, maternità, ernie della parete addominale guarite, emorroidi, cistifellea)? *</p> <p>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</p>	<p>Durata?</p> <p>Perché?</p>
---	---

In _____
il _____

Firma del Cedente

QUESTIONARIO MEDICO (2/3)

Non dimenticare di completare e inviare tutte e tre le pagine di questo documento

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente

		NO	SI	Commenti OBBLIGATORIA in caso di risposta positiva
6	<p>Sei o sei stato affetto negli ultimi 10 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un tumore, una patologia ematologica (morbo di Hodgkin, linfoma, leucemia)? * - epatite? - malattie cardiache o vascolari, pressione alta, eccesso di colesterolo? - una condizione neuropsichica o neurologica, esaurimento nervoso, epilessia? - una condizione respiratoria? - diabete o ipertiroidismo? - una malattia renale? - un disturbo digestivo (colite ulcerosa, morbo di Crohn, pancreatite)? - una patologia ossea o articolare, una patologia disco- vertebrale (compresa la lombosciatalgia) o una malattia reumatica? - una malattia di qualsiasi genere (escluse le malattie stagionali)? <p>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se sì, quale o quali?</p> <p>In quale data?</p> <p>Durata, trattamenti, conseguenze (inviare certificati e/o risultati di operazioni in busta chiusa):</p>
7	<p>È sottoposto ad un trattamento medico continuativo? È sottoposto a delle cure mediche da più di 30 giorni consecutivi? *</p> <p><i>Per trattamento medico intendiamo farmaci, fisioterapia, osteopatia, agopuntura, infiltrazioni, psicoterapia</i></p> <p>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se sì: Quale?</p> <p>Perché?</p> <p>Quando?</p> <p>Durata?</p>
8	<p>Sarà sottoposto a uno o più interventi chirurgici o qualsiasi tipo di accertamento medico nel corso dei prossimi dodici mesi (a parte il controllo ginecologico o oftalmologico sistematico)? *</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se sì, quando ?</p> <p>Perché ?</p>
9	<p>Ha effettuato un test di screening per l'epatite B e C o per il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) con esito positivo (presenza di uno o più virus nel sangue)? *</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Se sì, in quale data?</p> <p>Per quale sierologia? <input type="checkbox"/> Epatite B <input type="checkbox"/> Epatite C <input type="checkbox"/> HIV </p>

10	<p>È affetto da infermità congenita o acquisita, o è titolare di una pensione o di una rendita per invalidità (militare, civile o come vittima di un incidente sul lavoro)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	In quale data?
		Perché?
		Categoria e grado ?
		Quale tipo ?

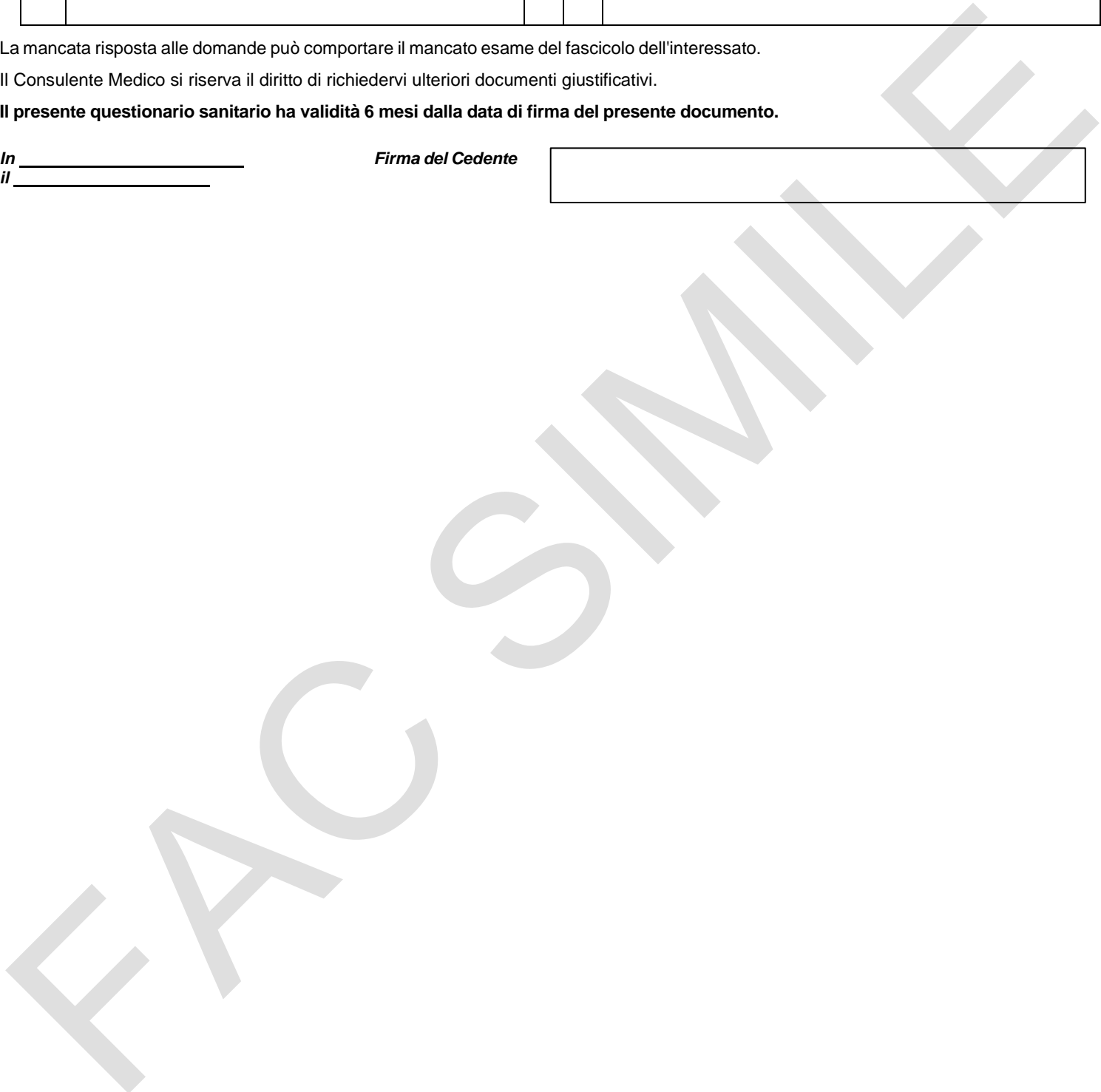
La mancata risposta alle domande può comportare il mancato esame del fascicolo dell'interessato.

Il Consulente Medico si riserva il diritto di chiedervi ulteriori documenti giustificativi.

Il presente questionario sanitario ha validità 6 mesi dalla data di firma del presente documento.

In _____
il _____

Firma del Cedente



QUESTIONARIO MEDICO (3/3)

DA COMPILARE PER IMPORTI DI MONTANTE SUPERIORI A 50.000€ o in presenza di titolari di pensione di invalidità

Una volta compilato, il presente QM deve essere timbrato e controfirmato dal Medico di fiducia (eventuali spese sono a carico del Cedente) il quale è altresì responsabile dell'esattezza delle dichiarazioni nello stesso riportate. E' possibile allegare al presente questionario altra documentazione medica riferita allo stato di salute del Cedente.

DATI DEL MEDICO DI FIDUCIA DEL

CEDENTE COGNOME E NOME : DOTT. _

COMUNE DI : _____

PROVINCIA DI : _____

Firma e Timbro del medico di fiducia del Cedente

Dichiaro inoltre di essere consapevole:

- che l'accettazione della copertura da parte dell'Assicuratore è subordinata alla valutazione delle risposte fornite nel presente questionario;
- che le conseguenze di malattie o infortuni anteriori alla compilazione e sottoscrizione del presente questionario non potranno dare luogo a indennizzo a favore del beneficiario della copertura assicurativa;
- che le informazioni fornite nel presente questionario devono essere corrette e devono corrispondere a verità e che le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo a favore del beneficiario della copertura assicurativa, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile;
- che qualora, tra il momento della compilazione e sottoscrizione del presente questionario e la data di decorrenza della copertura assicurativa, intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione all'assicuratore.

Avvertenze :

Il Cedente può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I relativi costi saranno a suo carico.

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – NECESSITÀ DI ACCONSENTIRE AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI SANITARI

Al fine di studiare la mia domanda di adesione, l'Assicuratore deve raccogliere dati relativi al mio progetto e alla mia salute, per gli scopi descritti di seguito per i quali esprimo il mio esplicito consenso firmando questo documento:

- Autorizzo espressamente l'Assicuratore a trattare i miei dati per la conclusione, la gestione e l'esecuzione del contratto assicurativo: i miei dati saranno raccolti e trattati al fine di verificare che io soddisfi i requisiti per aderire all'offerta assicurativa, per calcolare la mia tariffa, per combattere le frodi e, se necessario, per studiare la mia richiesta di invocare le garanzie sottoscritte. Per questo, i miei dati possono essere trasmessi al consulente medico, al suo servizio medico o a persone incaricate dall'assicuratore e autorizzate a trattare dati coperti dal segreto medico (compresi i suoi delegati o esperti medici). Saranno sempre trattati nel rigoroso rispetto delle regole del segreto medico.
- Autorizzo espressamente l'Assicuratore a trattare i miei dati per la gestione dei rischi finanziari connessi al mio contratto e ai suoi contratti di riassicurazione. Per questo, i miei dati possono essere trasmessi dall'assicuratore ai consulenti medici dei suoi riassicuratori e al loro servizio medico. Saranno sempre trattati nel rigoroso rispetto delle regole del segreto medico.

- Dichiaro di aver preso visione, prima della compilazione del Questionario medico o Rapporto di Visita medica, della versione integrale dell'informativa riguardante il diritto all'oblio, alla pagina dedicata sul sito internet <https://www.societegenerale-insurance.it/>
- Dichiaro di essere debitamente informato e pienamente consapevole che nel Questionario medico o Rapporto di Visita medica non è necessario riportare informazioni relative a patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva da più di 10 anni (5 anni nel caso di malattia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti) o in termini inferiori, senza recidiva, per le patologie indicate nella tabella resa disponibile dal Ministero della Salute, disponibile per consultazione sul sito internet www.societegenerale-insurance.it alla pagina dedicata.

Dichiaro di essere consapevole che senza il mio consenso, l'assicuratore non sarà in grado di raccogliere i miei dati sanitari e la mia domanda di adesione non può essere studiata.

Informazioni dettagliate sul trattamento dei vostri dati (finalità, esercizio dei vostri diritti, periodi di conservazione, destinatari) e i dati di contatto del responsabile della protezione dei dati del vostro assicuratore sono disponibili nella vostra informativa.

In _____
Firma del Cedente il .

MODULO PER LE DICHIARAZIONI DEL CEDENTE

CONVENZIONE N. FI/13/005 STIPULATA DA FIDITALIA S.P.A. CON SOGECAP S.A. PER LA GARANZIA DECESSO DEI PROPRI CLIENTI SOTTOSCRITTORI DI FINANZIAMENTI RIMBORSABILI MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DELLA PENSIONE FINO AL QUINTO

DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

Numero di Contratto: Importo del Montante:
Durata di Rimborso (in mesi): Importo della Rata di Rimborso:
Data inizio del piano di ammortamento Data scadenza del piano di ammortamento
TAN..... %

DATI RELATIVI AL CEDENTE

Nome: Cognome:
Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa):
Sesso: M F
Codice Fiscale: Recapito Telefonico:
Indirizzo: Cap:
Comune: Prov:
Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione)
Recapito telefonico del Cedente.....
Recapito telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela)
Ente previdenziale.....
Con sede in.....

DICHIARAZIONI DEL CEDENTE

Avvertenze: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione del Questionario medico, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate; c) il Cedente può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I relativi costi saranno a suo carico.

➡ **Data (gg/mm/aa):** **Firma (leggibile)**

CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE

Il sottoscritto, nella sua qualità di Cedente, ovvero di soggetto che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita, dichiara di aver ricevuto il documento informativo relativo al contratto di assicurazione sottoscritto da Fidelity S.p.A. e dall'Assicuratore (Sogecap S.A.).

➡ **Data (gg/mm/aa):** **Firma (leggibile)**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa sulla privacy (Reg. UE 2016/679) acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte di Sogecap S.A. per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

➡ **Data (gg/mm/aa):** **Firma (leggibile)**

CONSENSO ALLA STIPULA DI UN'ASSICURAZIONE SULLA VITA

Il sottoscritto, dopo aver preso visione del documento informativo relativo al contratto di assicurazione sottoscritto da Fidelity S.p.A. e dall'Assicuratore (Sogecap S.A.) e, consente la stipula dell'assicurazione sulla propria vita da parte della Contraente ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 del Codice civile. Il sottoscritto proscioglie altresì dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano averlo curato o visitato e le altre persone alle quali l'Assicuratore (Sogecap S.A.) riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

➡ **Data (gg/mm/aa):** **Firma (leggibile)**

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.) (titolare del trattamento) 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., 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., 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 a società di fiducia di Sogecap S.A., che svolgono per conto di tale compagnia 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 dal titolare 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., 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, limitazione⁶ od opporsi al loro trattamento⁷ rivolgendosi al titolare del trattamento e/o al Responsabile della protezione dei dati, ai seguenti contatti: Sogecap 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 prescizionali previsti dalla legge.

¹ 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 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 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 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 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 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 Diritti previsti e disciplinati agli artt. 15-21 del Reg. UE 2016/679

⁸ 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.

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa sulla privacy (Reg. UE 2016/679) acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte di Sogecap S.A. per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Firma del Cedente _____ in _____ il _____

MODULO DI PROPOSTA

CQP - Fidelity - Condizioni di Assicurazione - Pagina 14 di 15

Sogecap - Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation – Capitale Sociale € 1.168.305.450 – Sede legale: Tour D2 – 17 bis place des Reflets 92919 Paris La Défense Cedex – Sede secondaria: Via Tiziano 32, 20145 Milano – Registro delle imprese di Milano, Monza-Brianza, Lodi - Codice Fiscale e P.IVA 07160010968 – Iscritta nell'elenco I dell' Albo delle Imprese di Assicurazione tenuto dall'IVASS al n. I.00088.

CONVENZIONE N. FI/13/005 STIPULATA DA FIDITALIA S.P.A. CON SOGECAP S.A. PER LA GARANZIA DECESSO DEI PROPRI CLIENTI SOTTOSCRITTORI DI FINANZIAMENTI RIMBORSABILI MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DELLA PENSIONE FINO AL QUINTO (di seguito, la “Convenzione”)

Data di ultimo aggiornamento: **20/01/2025**

Dati relativi alla Contraente:

Denominazione sociale: Fidelity S.p.A.

Sede legale: Via Guglielmo Silva 34, 20149 Milano, Partita IVA: 08437820155

Dati del legale rappresentante della Contraente:

Nome: Alain Cognome: HAZAN

Luogo di Nascita: Alessandria d'Egitto (Egitto) Data di Nascita: 17/07/1959

Codice Fiscale: HZNLNA59L17Z336F

Recapito Telefonico: +39 02 43 01 2412

Indirizzo per la carica: Via G. Silva , 34

Comune: Milano Prov: MI Cap: 20149

INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il Premio è unico e anticipato ed è calcolato sulla base del Montante lordo, della durata del Finanziamento, nonché dell'età del Cedente.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento da parte del Cedente, l'Assicuratore restituirà alla Contraente la porzione di premio pagato relativa al periodo intercorrente tra la data della estinzione totale anticipata o del trasferimento del Finanziamento e la sua scadenza originaria

Il premio al netto delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto

Il e delle spese per il rimborso del premio pari al 4% del premio da restituire, con un minimo di 30 Euro.

La percentuale del Premio Unico anticipato retrocesso all'Intermediario/i a titolo di Remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo: 8%

DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DEL CEDENTE

Avvertenze:

Con la sottoscrizione della Convenzione la Contraente si dichiara consapevole che dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE

Con la sottoscrizione della Convenzione, la Contraente dichiara di aver ricevuto copia dei seguenti documenti che compongono il Set informativo: a) il documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita); b) il documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo Vita); c) le Condizioni di Assicurazione, comprensive del glossario; ed il Modulo di proposta, tutto quanto consegnato in forma cartacea o su altro supporto durevole e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione.

Con la sottoscrizione della Convenzione, la Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: art. 3 “Persone assicurabili e formalità di ammissione”; art. 7 “Prestazioni Assicurate”; art. 8 “Esclusioni”; art. 10 “Denuncia di sinistro ed obblighi relativi”; art. 11 “Cessione dei diritti”.