

Cessione del quinto dello stipendio

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

CQS 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 contraente (società finanziaria o istituto di credito, "Contraente") al fine di tutelare se stessa in caso di decesso del Cedente/Delegante (persona fisica dipendente), alla quale la Contraente ha concesso un prestito estinguibile con cessione di quote dello stipendio e delega di pagamento, che ha dato il consenso alla stipulazione di una assicurazione sulla propria vita.

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

	Che cosa NON è assicurato?
	<p>Non sono assicurabili le persone che:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ alla scadenza del Finanziamento abbiano superato i limiti di età previsti✗ abbiano un'età al momento del decesso uguale o superiore a quella prevista dai criteri di assumibilità✗ 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 indicato nei limiti assuntivi.

	Ci sono limiti di copertura?
	<p>È escluso il Decesso causato dalle conseguenze:</p> <ul style="list-style-type: none">! del Dolo della Contraente! di atti di terrorismo, sabotaggi, attentati qualora il Cedente/Delegante vi abbia preso parte attiva! di tutti i rischi nucleari! dolo del Cedente/Delegante! del suicidio del Cedente/Delegante avvenuto nel corso dei 12 mesi successivi alla data di decorrenza della copertura

	Dove vale la copertura?
✓	Non ci sono limiti territoriali

	Che obblighi ho?
–	<p>È importante che le dichiarazioni rese dal Cedente/Delegante 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.</p> <p>Per consentire la liquidazione della prestazione devono essere consegnati all'Assicuratore: denuncia sinistro,</p>

numero della pratica del Finanziamento sottoscritto dal Cedente/Delegante, il contratto di Finanziamento, l'ammontare esatto del credito residuo rilevato al momento del decesso del Cedente/Delegante, certificato di morte del Cedente/Delegante. L'Assicuratore può richiedere ulteriore documentazione medica, ritenuta necessaria, agli eredi.



Quando e come devo pagare?

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

- Il Contratto non prevede il diritto di riscatto dei premi versati
- 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 o in caso di riduzione temporanea dell'importo mensile della quota cedibile o in caso di differimento dell'inizio del piano di ammortamento.
- Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione da parte del Cedente/Delegante del Modulo per le dichiarazioni del Cedente/Delegante, del Questionario Medico Semplificato e/o del Rapporto di Visita Medica. 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 dello stipendio



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

CQS 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 Sogecap S.A. risultante dall'ultimo bilancio approvato è pari ad €/mio 3.742 costituito da: capitale sociale per €/mio 1.264 utili portati a nuovo per €/mio 1.146 ed altre riserve per €/mio 656. Il Solvency Capital Requirement (SCR) di Sogecap ammonta a €/mio 3.692 e il rapporto di copertura del Solvency Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 212%. Il Minimum Capital Requirement (MCR) di Sogecap ammonta a €/mio 1.661 e il rapporto di copertura del Minimum Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 380%.

I dati sopra riportati sono contenuti nella Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile all'indirizzo https://www.assurances.societegenerale.com/uploads/tx_bisgnews/SOGECAP_SFRCR_2020_02.pdf

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 elettronica certificata, portale del Partner gestionale.
	Prescrizione : I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni ad esclusione del 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.
	Liquidazione della prestazione : L'Assicuratore s'impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto alla Contraente entro 37 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione completa.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o del Cedente/Delegante 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.



Quando e come devo pagare?

Premio	- Sul premio non vengono applicate imposte
Rimborso	In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, da parte del Cedente/Delegante, l'Assicuratore restituirà alla Contraente la parte di premio relativa al Finanziamento estinto anticipatamente o trasferito e proporzionale al periodo di assicurazione non goduto. 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.
Sconti	Non sono previsti sconti



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il Contratto non prevede tacito rinnovo e cesserà in ogni caso: - Al termine del piano di rimborso del Finanziamento - 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 per il tramite del Partner gestionale, entro 30 giorni dalla data di erogazione del Finanziamento
Risoluzione	Non prevista



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto alle società finanziarie o istituti di credito che hanno l'esigenza di tutelarsi in caso di decesso del Cedente/Delegante (dipendente) al quale hanno concesso un prestito estinguibile con cessione di quote dello stipendio e delega di pagamento



Quali costi devo sostenere?

Tabella costi gravanti sul premio:

- Costi di gestione: 10,0%. La percentuale è fissa e non dipende da sesso, durata, età della testa assicurata o importo finanziato.
- Costi di intermediazione. Il 9% del premio al netto delle imposte è in media corrisposto all'agente intermediario/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: - 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 (indicare quando obbligatori):	
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://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) 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.

FACSIMILE

Cessione del Quinto dello Stipendio
Condizioni di assicurazione

Condizioni di Assicurazione relative al Contratto assicurativo n. FI/15/006 “Cessione del quinto dello stipendio” stipulato da Fidelity per il caso morte connesso alla stipulazione di contratti garantiti con Cessione di quote dello stipendio fino al quinto e delega di pagamento ed a copertura del rischio di mancato adempimento dell’obbligazione di pagamento delle rate di rimborso in seguito al decesso del Cedente/Delegante

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 Cede Francia. L'Assicuratore è autorizzato all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ACPR - 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 32, 20145 Milano.

Beneficiario: la Contraente.

Cedente/Delegante: la persona fisica lavoratore dipendente di amministrazioni statali e pubbliche (es. Ministeri, Province, Regioni,...) o di aziende di diritto privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato (purché l'ammortamento del finanziamento termini prima della scadenza dello stesso), con la quale la Contraente ha stipulato un Finanziamento rimborsabile tramite cessione di quote dello stipendio fino al quinto o Delega di pagamento 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.

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.

Credito Residuo:

- rate aventi scadenza successiva al Sinistro (scontate al medesimo tasso di interesse convenuto fra la Contraente ed il Cedente/Delegante per il Finanziamento stesso, dunque escludendo gli interessi percepiti dalla Contraente ai sensi del Finanziamento)

e

- rate sospese/accodate, ovvero rate non pagate a seguito di cessazione temporanea, totale o parziale, del diritto allo stipendio. 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/Delegante, o suo avente causa, o la data in cui viene corrisposto l'importo totale del Finanziamento.

DPR 180: il Decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1950, n. 180 e successive modifiche e integrazioni.

Delega di pagamento: Delegazione di pagamento di quote dello stipendio ai sensi degli articoli 58 e seguenti del DPR 180 e ai sensi degli articoli. 1269 e seguenti del Codice Civile

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

Dipendente statale: il lavoratore in servizio presso le amministrazioni dello Stato, civili e militari; le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Istituzioni Universitarie.

Dipendente pubblico: il lavoratore in servizio presso una delle seguenti pubbliche amministrazioni: le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e i loro Consorzi ed Associazioni; le Camere di Commercio e i loro Consorzi ed Associazioni; le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Dipendente parapubblico: la persona fisica in servizio presso azienda di diritto privato a gestione previdenziale INPS, partecipata, in misura di almeno il 50,1%, dallo Stato o dalla Pubblica Amministrazione o da altra Azienda Parapubblica.

Dipendente privato: il lavoratore dipendente di società di capitali con un numero di dipendenti maggiore di 16 non rientrante in una delle tre categorie precedenti.

Finanziamento: prestito personale rimborsabile, ai sensi del DPR 180, tramite cessione di quote dello stipendio fino al quinto ovvero tramite Delega di pagamento stipulato dal Cedente/Delegante con la Contraente.

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

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

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

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

Questionario Medico Semplificato o QMS: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita che deve essere compilato, sottoscritto e datato dal Cedente/Delegante nelle ipotesi previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

Rapporto di Visita Medica o RVM: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Cedente che deve essere compilato, sottoscritto e datato dal Cedente nonché controfirmato e timbrato da un medico.

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.

CONDIZIONI DI 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/Delegante.

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/Delegante 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/Delegante, 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/Delegante:**

- **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 cui al Foglio 1 Limiti assuntivi allegato alla Convenzione;**
- **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/Delegante allegato;**
- **soddisfi le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del Questionario Medico Semplificato o Rapporto di Visita Medica allegati.**

I limiti assuntivi relativamente agli aspetti di seguito indicati sono riportati nel Foglio 1 Limiti assuntivi e Foglio 2 Criteri generali, allegato alla Convenzione:

- **età massima del Cedente/Delegante alla scadenza del Finanziamento;**
- **importo dello stipendio al netto delle trattenute;**
- **% massima della trattenuta sullo stipendio;**
- **Limite assoluto del montante lordo per Cessione/Delega.**

Formalità di assunzione medica e modalità di perfezionamento del Contratto: si richiede la compilazione e sottoscrizione (con indicazione della data) da parte del Cedente/Delegante del Modulo per le dichiarazioni del Cedente/Delegante e del Questionario Medico Semplificato o del Rapporto di Visita Medica.

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

Montante	Formalità mediche
fino a 50.000 €	Questionario Medico Semplificato firmato dal Cedente/Delegante
Oltre 50.001 €	Rapporto di Visita Medica controfirmato e timbrato dal Medico (RVM)



Tutti i casi di Invaldit  e Inabilit 

Rapporto di Visita Medica controfirmato e timbrato dal medico (RVM)

Qualora nel Questionario Medico Semplificato o nel Rapporto di Visita Medica venga riscontrata almeno una risposta positiva, l'Assicuratore ha facolt  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 sovra premio, l'importo del medesimo.

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

Dopo aver visionato la documentazione fornita dalla Contraente e valutato il rischio, in caso di esito positivo, l'Assicuratore invier  alla Contraente un Certificato di Polizza, a conferma dell'accettazione in copertura del singolo Finanziamento.

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

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

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

Anche se non espressamente previsto dalle formalit  di ammissione alla copertura assicurativa, il Cedente/Delegante pu  chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I relativi costi saranno a carico del Cedente/Delegante cui   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 pu  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 cesser  in ogni caso:

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

La durata della garanzia pu  essere prolungata per un massimo di ulteriori 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. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento, ma una penalit  del 3% del capitale residuo sar  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 caso si verificassero entrambe le fattispecie la durata della garanzia non potr  eccedere le 24 mensilit  complessive.

Se il Finanziamento non viene erogato entro 3 mesi dalla Data di effetto del finanziamento indicata nel Certificato di polizza la copertura assicurativa   nulla e l'eventuale premio assicurativo versato dalla Contraente verr  alla medesima restituito dall'Assicuratore.

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.

Il presente contratto non prevede tacito rinnovo.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, da parte del Cedente/Delegante, 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, con riferimento a ciascun Finanziamento, 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 relativo al singolo Finanziamento 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/Delegante prima del compimento del 75° anno, salvo i casi di cui al precedente art. 4 e le esclusioni di cui al successivo art. 8, 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. E' escluso dall'Assicurazione il Decesso causato dalle conseguenze:

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

Il consenso dell'Assicuratore alla conclusione del Contratto è condizionato alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate dal Cedente/Delegante.

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 medesimo Cedente/Delegante) è di Euro 100.000 (Euro Centomila/00).

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/Delegante.

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 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 all'Assicuratore è corrisposto dalla 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/Delegante, 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/Delegante deceduto;
- la denuncia del Sinistro;
- il contratto di Finanziamento;
- l'ammontare esatto del Credito Residuo rilevato al momento del decesso del Cedente/Delegante;
- il certificato di morte del Cedente/Delegante.

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

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 integrale libererà l'Assicuratore da qualsiasi obbligo. In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 37 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.

ART. 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
(Da completare a cura del Cedente/Delegante)

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.

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.

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente

		NO	SI
1	La differenza tra l'altezza dell'assicurato in centimetri ed il suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<p>Ha praticato negli ultimi 2 anni uno o più dei seguenti accertamenti diagnostici dai quali siano emersi valori o esiti fuori norma e che abbiano richiesto ulteriori approfondimenti, o è attualmente in attesa di effettuare o ricevere esiti di uno o più dei seguenti accertamenti diagnostici (ad eccezione di esami per infortuni senza postumi, ernia al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti ed esami effettuati come normali controlli di routine con esito nella norma)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elettrocardiogramma • Radiografia al torace • TAC, Risonanza Magnetica, EEG • Ecografia • Mammografia • Scintigrafia • Coronarografia • Colonscopia • Biopsia 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<p>Negli ultimi 10 anni è stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. oppure è in attesa di ricovero, per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adeno-tonsillectomia, ernia inguinale? *</p> <p><i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<p>Negli ultimi 10 anni, ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, o altri tipi di terapia oncologica? *</p> <p><i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<p>Nel corso degli ultimi 10 anni, ha ricevuto una diagnosi o si è sottoposto a ricoveri, interventi o cure per una o più delle seguenti malattie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattie cardiovascolari, infarto, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata dalla terapia, cardiopatie ipertrofiche o dilatative? • Ictus, emorragia cerebrale, attacco ischemico transitorio (TIA) o aneurisma? • Diabete? • Epatite B o C, cirrosi epatica? • Morbo di Crohn, colite ulcerosa, pancreatite acuta o cronica? • Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi, disturbi alla vescica? • Broncopneumopatia cronica, bronchiti ricorrenti, enfisema, polmoniti? • Trapianto d'organo? • Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla? • Morbo di Parkinson, Malattia di Alzheimer, altre malattie neurologiche? • Infezione da virus HIV o AIDS? <p>Malattie infettive * <i>Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6	Fruisce o ha fruito in passato di pensione in invalidità/inabilità o ha presentato domanda per ottenerla? * <i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

FACSIMILE

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.

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Prosciolgo del segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali l'Assicuratore ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

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.

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.

- 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, disponibile 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 _____ il _____ **Firma del Cedente/Delegante:**

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 riguardanti particolari categorie di dati personali³ 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 riguardanti particolari categorie di dati personali 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 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 prescrittivi 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 dati appartenenti a particolari categorie di dati (dati sensibili) 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 Infortunati.

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/quest/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 di categorie particolari di dati personali (dati 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.

In _____ il _____ Firma del Cedente/Delegante:

RAPPORTO DI VISITA MEDICA
Dati del Cedente/Delegante:

NOME _____

COGNOME _____

 Data di nascita
 (gg/mm/aaaa) _____

Dati del Medico di fiducia

Nome e cognome: Dott. _____

Comune di: _____

Provincia di: _____

Il presente rapporto di visita medica (di seguito "RVM") deve essere sottoscritto e completato a cura del Cedente/Delegante, sotto la sua esclusiva responsabilità in tutte le sue parti, rispondendo in maniera veritiera, precisa e completa a ciascuna domanda. Una volta compilato, il presente RVM deve essere timbrato e firmato dal Medico di fiducia (eventuali spese sono a carico del Cedente/Delegante) il quale deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni nello stesso riportate. È possibile allegare al presente RVM altra documentazione medica riferita allo stato di salute del Cedente/Delegante. Il presente RVM deve poi essere riconsegnato in busta chiusa al soggetto incaricato da Fidelity S.p.A, unitamente al Modulo per le dichiarazioni del Cedente/Delegante.

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

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

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

Firma del Cedente _____

Il candidato all'assicurazione deve rispondere a **TUTTE** le domande con **SI** o **NO** e se **SÌ**, il Medico di fiducia trascriverà necessariamente i dettagli sulle date, le durate, i motivi o qualsiasi altra informazione aggiuntiva utile. La mancata risposta alle domande può comportare il mancato esame del fascicolo dell'interessato.

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.

I – STORIA PERSONALE DEL CEDENTE/DELEGANTE

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente

NO

SI

Se sì, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)

 a) Negli ultimi 10 anni è stato coinvolto in un incidente ?
 In caso di trauma cranico indicare se si è verificato coma o perdita di coscienza e la sua durata.

b) Ha avuto uno o più ricoveri in ospedale o ambiente simile negli ultimi 10 anni ? *

* Domanda idonea al "diritto all'oblio"

c) Ha subito interventi chirurgici, procedure endoscopiche, innesti, trapianti negli ultimi 10 anni? *

* Domanda idonea al "diritto all'oblio"

d) Ha subito trattamenti con sostanze radioattive, chemioterapia o trasfusioni di sangue negli ultimi 10 anni ? *

* Domanda idonea al "diritto all'oblio"



<p>e) Ha consultato medici specialisti negli ultimi 10 anni? *</p> <p><i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>f) Nei prossimi 12 mesi avrà bisogno di un ricovero ospedaliero, di un intervento chirurgico o di un controllo diagnostico (a parte un controllo ginecologico o oftalmologico sistematico)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>g) Sta attualmente assumendo o le è stato prescritto, negli ultimi 10 anni, qualche trattamento medico, ad eccezione della contraccezione o delle condizioni stagionali? *</p> <p><i>Per cure mediche intendiamo farmaci, fisioterapia, osteopatia, agopuntura, infiltrazioni, psicoterapia, apparecchiature.</i></p> <p><i>Per malattie stagionali si intendono le allergie stagionali, il raffreddore, la rinite, l'influenza, la tonsillite o qualunque altra malattia per la quale la cura non superi i 15 giorni.</i></p> <p><i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>h) Pratica uno sport?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>i) Fuma (sigarette, sigari, pipe, sigarette elettroniche)? (se sì, specificare la quantità giornaliera)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>j) Consuma bevande alcoliche settimanalmente? (se sì, specificare la quantità settimanale in centilitri e la tipologia di alcol)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

AVVERTENZA IMPORTANTE: si rammenta che l'esatta denuncia delle malattie in atto può provocare sovrappremi e che la mancata dichiarazione di pregresse malattie o interventi chirurgici o di circostanze relative ad eventuali esami clinici, radiografici e di laboratorio con esito positivo, espone i Beneficiari della polizza al pericolo - in caso di premorienza del Cedente - di contestazione circa il pagamento della somma assicurata.

Dichiaro di aver letto le risposte soprascritte e di trovarle del tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre ad ogni effetto di legge, ed a cautela dell'Assicuratore che le suaccennate informazioni e risposte sono veritiere ed esatte e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande contenute nel presente documento, che riconosco quali elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

Prosciolgo dal segreto professionale tutti i medici che mi hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ecc. ai quali l'Assicuratore crederà, in ogni tempo, anche dopo la mia morte, di rivolgersi per informazioni. Acconsento altresì che tali informazioni siano, per finalità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative, comunicate ad altri enti.

Autorizzo altresì il medico visitatore ad inoltrare il presente rapporto di visita medica in busta chiusa alla Direzione dell'Assicuratore. Dichiaro di essere consapevole:

- che l'accettazione della copertura da parte dell'assicuratore è subordinata alla valutazione delle risposte fornite nel presente RVM;
- che le conseguenze di malattie o infortuni anteriori alla compilazione e sottoscrizione del presente RVM non potranno dare luogo a indennizzo a favore del beneficiario della copertura assicurativa;
- che le informazioni fornite nel presente RVM 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 RVM e la data di decorrenza della copertura assicurativa, intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione all'Assicuratore;
- che ho 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>;
- di non aver riportato nel Questionario medico o Rapporto di Visita medica 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 <https://www.societegenerale-insurance.it> alla pagina dedicata.

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

I miei dati sanitari sono necessari per la gestione della polizza e della copertura e vengono trattati nel rispetto delle regole del segreto medico.

Compilando e firmando questo documento, accetto che i miei dati sanitari:

- vengano raccolti e trattati per verificare il possesso dei requisiti per l'iscrizione all'offerta assicurativa, per il calcolo del premio, per la lotta alle frodi e per l'esame della mia richiesta di attivazione della copertura sottoscritta.
- essere trasmessi al medico legale e al suo ufficio medico o a persone interne o esterne specificamente autorizzate (in particolare i nostri rappresentanti o esperti medici).

Informazioni dettagliate sul trattamento dei miei dati (finalità, esercizio dei miei diritti, periodi di conservazione, destinatari) sono riportate nella mia informativa.

Una risposta incompleta può ritardare il trattamento della sua pratica.

Fatto in il
 Firma del Cedente alla presenza del Medico

II – VISITA MEDICA PER IL MEDICO DI FIDUCIA

Data della visita medica | | | | | | | | | |

Dovrà svolgere una visita medica completa, rispondere a tutte le domande poste e specificare eventuali informazioni aggiuntive nella colonna "commenti"

1 – AL MEDICO DI FIDUCIA

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
Ha mai curato la persona da assicurare? Se sì, da quando e per quale/i motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 – VISITA GENERALE - ABITUDINI – MISURE SOMATICHE

a) Altezza : | | | | cm Peso : | | | | kg
 b) Perimetro toracico : | | | | cm Girovita : | | | | cm

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
c) Ci sono anomalie alla nascita o alla crescita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) C'è un'anomalia della pelle o delle mucose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) C'è una cicatrice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ci sono segni che suggeriscono un consumo eccessivo di alcol, segni di abuso di tabacco, abuso di farmaci, uso di narcotici o altre sostanze simili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sono presenti linfadenopatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 – DISPOSITIVO LOCOMOTORE

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
a) Ci sono segni funzionali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>b) Ci sono anomalie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Statica spinale? - Movimenti articolari degli arti superiori? - Movimenti articolari degli arti inferiori? - Colonna vertebrale? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>c) Sono presenti deformità, mutilazioni, cicatrici, protesi?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>.....</p>
<p>d) Nel passato, il cedente ha avuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frattura? - Dislocazione? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>e) Ci sono disturbi o segni della colonna vertebrale?</p> <p>Se sì, ci sono state conseguenze professionali (Incidenza sulla capacità di esercitare attività lavorativa, interruzione del lavoro)?</p> <p>Sono state seguite cure? Chirurgico? Medico? Fisioterapia?</p> <p>Sono stati effettuati ulteriori esami? I quali? Quando? Con quali risultati?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

FACSIMILE

4 – APPARECCHIO DI RESPIRAZIONE

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se sì, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
a) Ci sono segni funzionali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ci sono anomalie:			
- Movimenti respiratori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Percussioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Auscultazione respiratoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vie aeree superiori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 – SISTEMA CARDIOVASCOLARE

- a) - Prima misurazione della pressione arteriosa: Syst. | | | cm Hg Diast. | | | cm Hg Impulso :
- Se i valori della pressione arteriosa sono superiori a 15/9, eseguire un controllo di fine esame dopo dieci minuti di distensione.
- Seconda misura possibile: Syst. | | | cm Hg Diast. | | | cm Hg Impulso :
- Se questi dati sono anomali, sono state effettuate esplorazioni in passato? Quale ? Quando ? Con quali risultati ?
-
- È stato istituito il trattamento? Se sì quale? Da quando quando?
-
- C'è una storia di malattie cardiovascolari?.....
-

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se sì, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
b) Ci sono segni funzionali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ci sono anomalie:			
- Ritmo o frequenza cardiaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Auscultazione cardiaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Navi grandi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Impulsi periferici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Circolazione di ritorno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) C'è un soffio al cuore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dubbioso
- Se sì, le sembra organico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Se sì, è un soffio: Sistolico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diastolico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Quindi specificarne le caratteristiche: Sono state effettuate esplorazioni? Se sì, quali, con quali risultati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6 – SISTEMA DIGESTIVO

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se sì, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
a) Ci sono segni funzionali ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ci sono anomalie :			
- Dalla lingua, dalla faringe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Palpazione addominale: epatomegalia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Palpazione addominale: splenomegalia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Della parete addominale (ernie, ernie, cicatrici) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) C'è una storia di sanguinamento del tratto gastrointestinale superiore, melena, sanguinamento rettale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 – SISTEMA ENDOCRINO-GENITALE

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
a) Ci sono segni funzionali ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ci sono disturbi del metabolismo : - Lipidi ? - Carboidrati ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Ci sono anomalie : - Tiroide ? - Seno ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Per gli uomini, ci sono anomalie : - Testicoli ? - Prostata ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Per le donne, una visita ginecologica ha effettuato negli ultimi 2 anni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – SISTEMA NEUROLOGICO

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
a) Ci sono segni funzionali ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ci sono anomalie nell'esame neurologico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Esiste una storia di epilessia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ci sono danni al sistema nervoso e/o miopia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 – ORGANO DI SENSO

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
a) C'è una malattia degli occhi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) OCCHIO DESTRO Grado di acuità visiva prima della correzione :/10 Correzione Diottrie OCCHIO SINISTRO Grado di acuità visiva prima della correzione :/10 Correzione Diottrie			
c) C'è un problema con l'apparecchio acustico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 – CONDIZIONE PSICHIATRICA

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)
a) Esistono disturbi comportamentali o segni suggestivi di un disturbo mentale, psichiatrico o psicologico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sono stati prescritti trattamenti ansiolitici, tranquillanti, antidepressivi, sonniferi, neurolettici o stabilizzatori dell'umore ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 – CEDENTE

Rispondere SI o NO selezionando la casella corrispondente	NO	SI	Se si, i commenti richiesti (date, natura, postumi, trattamenti, ecc.)



a) Era a conoscenza delle anomalie riscontrate durante il vostro esame ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Viene regolarmente monitorato da un medico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FACSIMILE

12 – PARTI MEDICHE

Se a vostro avviso sono necessari ulteriori accertamenti, specificate quali senza effettuarli (ad eccezione dell'ECG, se richiesto dall'Assicuratore):

.....
.....

13 – OSSERVAZIONI DEL MEDICO

.....
.....
.....

Importante: la valutazione del rischio verrà effettuata dall'assicuratore secondo le norme tecniche assicurative. Di conseguenza, non fornirete al richiedente alcuna informazione che possa indurlo a pregiudicare la decisione dell'Assicuratore.

Io sottoscritto certifico di aver intervistato ed esaminato personalmente la persona da assicurare e di aver messo il presente rapporto in una busta sigillata contrassegnata con la dicitura "CONFIDENZIALE", all'attenzione del consulente medico, dipartimento medico dell'assicuratore.

Fatto a il

Firma del Medico

Timbro del medico

[Empty box for the doctor's signature]

[Empty box for the doctor's stamp]

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, limitazione, portabilità⁶ 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 prescrizionali 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/Delegante _____ in _____ il _____

FACSIMILE

MODULO PER LE DICHIARAZIONI DEL CEDENTE/DELEGANTE

CONVENZIONE N. FI/15/006 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 DELLO STIPENDIO FINO AL QUINTO E DELEGA DI PAGAMENTO

DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

Tipologia di prodotto CQS Delega

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/DELEGANTE

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/Delegante
Recapito telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela)
Ente previdenziale
Con sede in.....

DICHIARAZIONI DEL CEDENTE/DELEGANTE

Avvertenze: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente/Delegante per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato o del Rapporto di Visita Medica, il Cedente/Delegante deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate; c) il Cedente/Delegante 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/Delegante, ovvero di soggetto che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita, dichiara di aver preventivamente 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.), 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, limitazione, portabilità⁶ 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 prescrizionali 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/Delegante _____ in _____
il _____

MODULO DI PROPOSTA

CONVENZIONE N. FI/15/006 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 DELLO STIPENDIO FINO AL QUINTO E DELEGA DI PAGAMENTO (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/Delegante.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento da parte del Cedente/Delegante, il Contratto cessa di produrre effetti e l'Assicuratore restituirà la parte di premio al Contraente. 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, moltiplicato per il rapporto tra il debito residuo alla data dell'estinzione anticipata e l'importo iniziale del finanziamento;
- 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.

La percentuale del Premio Unico anticipato retrocesso all'Intermediario/i a titolo di Remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo: 9%

DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DEL CEDENTE/DELEGANTE

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"; art. 14 "Foro competente".