

**Cessione del Quinto dello Stipendio**  
**Fascicolo Informativo**

**Contratto di assicurazione 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**

**Il presente Fascicolo informativo, contenente:**

- (a) **Nota informativa**
- (b) **Condizioni di assicurazione**
- (c) **Glossario**
- (d) **Modulo di proposta**

**deve essere consegnato alla Contraente prima della sottoscrizione della Convenzione n. FI/15/006.**

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.**

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e degli artt. 5 e 31 del Regolamento Isvap n. 35/2010 ("Regolamento Trasparenza") il presente Fascicolo informativo riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico della Contraente, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come Avvertenze dal Regolamento Trasparenza.

---

## A) NOTA INFORMATIVA

---

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2015**.

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.**

**La Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima dell'adesione alla convenzione assicurativa.**

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

---

#### **1. Informazioni generali**

SOGECAP S.A. è costituita nella forma giuridica di Société Anonyme (di seguito denominata la "Compagnia" o l'"Assicuratore").

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 Paris La Défense 2 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 Guglielmo Silva n. 34, 20149 Milano, Tel. 02.43.01.85.00, Fax 02.43.01.85.85, sito internet [www.societegenerale-insurance.it](http://www.societegenerale-insurance.it), e-mail: [info@societegenerale-insurance.it](mailto:info@societegenerale-insurance.it).

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

Il patrimonio netto di Sogecap S.A. risultante dall'ultimo bilancio approvato è pari ad €/mio 2.102,3, costituito da: capitale sociale per €/mio 1.168, utili portati a nuovo per €/mio 386,50 ed altre riserve per €/mio 547,80. L'indice di solvibilità di Sogecap S.A., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 429,67%.

**Eventuali variazioni dei dati concernenti la situazione patrimoniale della Compagnia che offre il presente contratto verranno pubblicate sul sito internet [www.societegenerale-insurance.it](http://www.societegenerale-insurance.it).**

### **B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE – INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

---

#### **3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte – Limitazioni ed esclusioni**

Il contratto è stipulato in relazione alla concessione del Finanziamento al Cedente/Delegante da parte della Contraente.

La durata del contratto non può eccedere la durata del Finanziamento.

**Il presente contratto prevede la seguente prestazione assicurativa:**

- **Prestazione in caso di Decesso del Cedente/Delegante.**

Si rinvia alle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

**Avvertenza:** si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limitazioni, esclusioni, massimali e limiti massimi di età assicurabile applicabili alla garanzia assicurativa e si rinvia agli artt. 3, 7 e 8 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

**Avvertenza:** si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze relative alla compilazione delle formalità mediche di cui all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione.

#### **4. Premi**

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 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 soggette ad adeguamento.

#### **Avvertenza:**

**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 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 al netto delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto ed il rimborso del premio (cosiddetti caricamenti). Tali spese sono pari al 4% del premio da restituire, con un minimo di 30 Euro.

Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

### **C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE**

#### **5. Costi gravanti sul premio**

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto	11,50% del premio assicurativo
--	--------------------------------

**I costi per eventuali accertamenti sanitari non gravano sul premio e sono a carico del Cedente/Delegante cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.**

**La Contraente non percepisce alcuna remunerazione da parte dell'Assicuratore.**

#### **6. Sconti di premio**

Non sono previsti sconti di premio.

#### **7. Regime fiscale**

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

#### **Imposte sui premi**

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

### **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

#### **8. Modalità di perfezionamento del contratto**

Si rinvia agli artt. 3 e 4 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

#### **9. Riscatto e riduzione**

**Non sono previste ipotesi di riscatto o riduzione della copertura assicurativa.**

#### **10. Diritto di recesso**

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

#### **11. Documentazione da consegnare all'Assicuratore per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

**In caso di sinistro, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata, deve essere preventivamente fornita all'Assicuratore la documentazione indicata nell'art. 10 delle Condizioni di assicurazione.**

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.

#### **12. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

#### **13. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

#### **14. 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. c/o CBP Italia, Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI**

**mail: [info@cbp-italia.eu](mailto:info@cbp-italia.eu);**

**fax: 02.68826940.**

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 06.421.33.353/745 - PEC: [ivass@pec.ivass](mailto:ivass@pec.ivass), 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](http://www.ivass.it) alla sezione "Per il Consumatore" - sottosezione "Come presentare un reclamo"

Il reclamante potrà inoltre rivolgersi per iscritto direttamente al mediatore della Federazione Francese delle compagnie di assicurazione (Fédération française des sociétés d'assurances - FFSA) al seguente indirizzo: Le Médiateur de la FFSA, BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09, o all'Autorità di Vigilanza Francese (Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - ACPR), al seguente indirizzo: ACPR - DCPC / SIR, 61 rue Taitbout, 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://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm)) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

#### **15. Comunicazioni del Contraente all'Assicuratore**

**Ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, la Contraente, qualora ne venisse a conoscenza, comunica per iscritto all'Assicuratore ogni cambiamento che comporta un aggravamento del rischio, come ad esempio i mutamenti della professione svolta dal Cedente/Delegante. Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione.**

#### **16. Conflitto di interessi**

L'Assicuratore e la Contraente appartengono al medesimo gruppo societario (Société Générale).

**Sogecap S.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.**

**SOGECAP S.A.**  
**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
**Il Rappresentante Legale**  
**Thierry Thibault**



---

**B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

---

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2015**.

**TERMINOLOGIA CONTRATTUALE**

**Assicuratore:** Sogecap S.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense 2 Cedex , 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 Guglielmo Silva n. 34, 20149 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, 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

**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 15 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.

**Importo lordo (Montante Lordo):** l'importo del prestito, compresi gli interessi e le spese, pari alla somma delle rate da pagare.

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

**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. Il formato di tale modulo è allegato 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

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

**Questionario Medico Dettagliato:** 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; il Questionario medico dovrà essere controfirmato da un medico. Il formato del Questionario medico è allegato 2 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

**Questionario Medico Semplificato:** 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. Il formato del Questionario medico semplificato è allegato 1 alle presenti Condizioni di Assicurazione.

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

### ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

Il Contratto di Assicurazione è concluso dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni del Cedente/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 € 55.000 per i Finanziamenti garantiti mediante cessione di quote dello stipendio fino a un quinto e di € 45.000 per i Finanziamenti garantiti mediante Delega di pagamento;**
- **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 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione);**
- **soddisfi le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del Questionario Medico Semplificato il cui formato è riportato nell'allegato 1 o del Questionario Medico Dettagliato riportato nell'allegato 2 delle presenti Condizioni di Assicurazione.**
- **Rispetti i limiti assuntivi indicati nella Convenzione sottoscritta tra la Contraente e l'Assicuratore relativamente agli aspetti di seguito indicati:**
  - **età massima del Cedente/Delegante alla scadenza del Finanziamento;**
  - **importo dello stipendio al netto delle trattenute;**
  - **percentuale 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 (il cui formato è allegato 3 alle presenti Condizioni di Assicurazione) e del Questionario Medico Semplificato (il cui formato è allegato 1 alle presenti Condizioni di Assicurazione) o del Questionario medico Dettagliato (il cui formato è allegato 2 alle presenti Condizioni di Assicurazione).

Qualora nel Questionario Medico Semplificato venga riscontrata almeno una risposta positiva, si richiede la compilazione del Questionario Medico Dettagliato da parte del Cedente/Delegante.

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

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

Dopo aver visionato la documentazione fornita dalla Contraente e valutato il rischio, in caso di esito positivo, l'Assicuratore invierà 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, valuterà l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa. A tal fine l'Assicuratore potrà richiedere alla Contraente tutta la documentazione necessaria per la valutazione del rischio e l'eventuale assunzione dello stesso.

Qualora entro 30 giorni dalla 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 intenderà 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, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Anche se non espressamente previsto dalle formalità di ammissione alla copertura assicurativa, il Cedente/Delegante può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I relativi costi saranno a carico del Cedente/Delegante cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

#### **ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA GARANZIA**

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

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

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

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

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

Se il Finanziamento non viene erogato entro 3 mesi dalla Data di effetto del finanziamento indicata nel Certificato di polizza la copertura assicurativa è nulla e l'eventuale premio assicurativo versato dalla Contraente verrà 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.

#### **ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRAFERIMENTO 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 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 al netto delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto ed il rimborso del premio (cosiddetti caricamenti). Tali spese sono 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 a seguito di Infortunio o Malattia prima del compimento del 72° 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 E LIMITAZIONI**

**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 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 soggette 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 falsa dichiarazione 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 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

**Ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, la Contraente, se a conoscenza, comunica per iscritto all'Assicuratore ogni cambiamento che comporta un aggravamento del rischio, come ad esempio i mutamenti della professione svolta (art.**

1926 del codice civile). Si informa la Contraente che, in caso di mancata comunicazione, il pagamento dell'indennizzo potrebbe non essere dovuto o essere dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

#### ART. 13 – 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. c/o CBP Italia, Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI  
mail: [info@cbp-italia.eu](mailto:info@cbp-italia.eu);  
fax: 02.68826940.

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 06.421.33.353/745 - PEC: [ivass@pec.ivass](mailto:ivass@pec.ivass), 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](http://www.ivass.it) alla sezione "Per il Consumatore" - sottosezione "Come presentare un reclamo"

Il reclamante potrà inoltre rivolgersi per iscritto direttamente al mediatore della Federazione Francese delle compagnie di assicurazione (Fédération française des sociétés d'assurances - FFSA) al seguente indirizzo: Le Médiateur de la FFSA, BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09, o all'Autorità di Vigilanza Francese (Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - ACPR), al seguente indirizzo: ACPR - DCPC / SIR, 61 rue Taitbout, 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://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm)) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

**ART. 14 – LEGGE APPLICABILE**

Al contratto si applica la legge italiana.

**ART. 15 – 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 del luogo della sede legale della Contraente.

FAC SIMILE



**ALLEGATO 1 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**
**QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO**

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 alla prestazione assicurativa, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

<b>QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO</b> (da compilarsi a cura del Cedente/Delegante)	
1. Lei è attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Lei è attualmente sottoposto ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica particolare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Lei è attualmente colpito da un'infermità, un'invalidità o una malattia cronica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Lei è stato colpito, negli ultimi 10 anni, da affezioni cardiache, vascolari, respiratorie, digestive, renali, reumatiche, disco vertebrali, psichiatriche, psichiche o da diabete?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, di un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi dodici mesi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. L'assicurato è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. La differenza tra l'altezza dell'assicurato in centimetri ____ ed il suo peso in chilogrammi ____ è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>DATI DEL MEDICO CURANTE</b>	
Nome _____ Cognome _____	
Indirizzo _____	
Recapito Telefonico (se conosciuto) _____	
<b>IL CEDENTE/DELEGANTE</b>	
Data _____ Firma _____	

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196

La informiamo che, in relazione al contratto di assicurazione concluso tra Fidelity S.p.A. e Sogecap S.A. (di seguito il "Contratto di Assicurazione") e connesso al contratto di finanziamento (di seguito il "Finanziamento") da Lei concluso con Fidelity S.p.A., i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi (Fidelity S.p.A.), anche in costanza di rapporto contrattuale, saranno utilizzati da Sogecap S.A. (titolare del trattamento) al solo fine di fornire i servizi e le prestazioni connesse al Contratto di Assicurazione. In tale ambito, Lei potrebbe fornire a Sogecap S.A., anche per il tramite di Fidelity S.p.A. (responsabile del trattamento) eventuali dati sensibili<sup>1</sup> necessari per le verifiche propedeutiche all'instaurazione del Contratto di Assicurazione o all'esecuzione delle prestazioni ivi previste. Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornire le prestazioni derivanti dal Contratto di Assicurazione. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle strutture di Sogecap S.A. solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati, anche sensibili, potranno essere comunicati e trattati a/da: (i) società del gruppo di Sogecap S.A. e a società di fiducia di Sogecap S.A. che svolgono per conto di Sogecap S.A. attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento<sup>2</sup>, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto<sup>3</sup>. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti sarà fornito da Sogecap S.A. dietro richiesta. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del gruppo di Sogecap S.A. situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare a Sogecap S.A., il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003) rivolgendosi a Sogecap S.A. Via Guglielmo Silva n. 34, 20149 Milano, Tel 02 43 01 85 00, fax 02 43 01 85 85, e-mail [info@societegenerale-insurance.it](mailto:info@societegenerale-insurance.it). Potrà rivolgersi ai medesimi indirizzi al fine di conoscere l'elenco di tutti i soggetti a cui potranno essere trasmessi i suoi dati personali.

<sup>1</sup> 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. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

**Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali**

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata, il cui contenuto costituisce parte integrante della presente manifestazione di consenso. In relazione a quanto precede presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, di natura sensibile, descritti nell'informativa, effettuato, in esecuzione del Contratto di Assicurazione, direttamente da Sogecap S.A. (titolare del trattamento), da Fidelity S.p.A. (responsabile del trattamento) e dagli altri soggetti che svolgono le attività descritte nell'Informativa da me ricevuta.

Firma del Cedente/Delegante \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**
**QUESTIONARIO MEDICO DETTAGLIATO**  
*(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/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 questionario deve essere timbrato e firmato dal Medico di fiducia, (eventuali spese sono a carico del Cedente/Delegante). E' possibile allegare al presente Questionario altra documentazione medica riferita allo stato di salute del Cedente/Delegante. Il questionario deve poi essere riconsegnato in busta chiusa al soggetto incaricato da Fidelity, unitamente al Modulo per le Dichiarazioni del Cedente/Delegante.

Si rammenta che il Medico specializzato della Compagnia di Assicurazione 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 questionario non può quindi essere anteriore di più di sei mesi rispetto alla data di prima erogazione del finanziamento.**

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

Firma del Cedente/Delegante \_\_\_\_\_

1a	È attualmente inabile per malattia o per invalidità?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, specificare se si tratta di un' inabilità per malattia o invalidità  Se sì, per quale/i affezione/i?  Natura del trattamento/ data inizio della cura?
1b	Negli ultimi dieci anni, è stato inabile per più di trenta giorni consecutivi a causa di malattia o infortunio?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, specificare se si tratta di un' inabilità per malattia o invalidità  Se sì, per quale/i affezione/i?  Natura del trattamento/ data inizio della cura?
2a	Nel corso degli ultimi dieci anni, è stato colpito da una o più delle seguenti affezioni: - una malattia grave o cronica? - patologie cardiache o vascolari, ipertensione arteriosa, diabete, eccesso di colesterolo, iperuricemia? - disturbi neurologici o affezioni neuropsichiche, esaurimento nervoso, epilessia, disturbi comportamentali? - disturbi respiratori (apnea notturna, bronchite cronica) o disturbi renali? - un tumore, patologie sanguinee (es. morbo di Hodgkin, linfoma, leucemia), malattie endocrine? - disturbi digestivi (es. emorragie retto-coliti, morbo di Crohn, pancreatite)? - un disturbo osseo o articolare, una patologia alla colonna vertebrale (incluse sciatica lombare, malattie reumatiche)?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, quale o quali?  In quale data?  Durata, trattamenti, conseguenze (inviare certificati e/o risultati di operazioni in busta chiusa)
2b	Ha subito uno o più interventi chirurgici nel corso degli ultimi dieci anni?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, quale tipo o quali tipologie? In quale/i data/e?  Approfondimenti e seguiti

3	Negli ultimi tre mesi è stato ricoverato in un ospedale, in una clinica o in una casa di cura per uno dei seguenti motivi: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea, o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, IVG, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale, chirurgia estetica?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, per quale/i motivo/i?  In quale/i data/e ?  Per quanto tempo?
4	Ha subito un test per la rilevazione sierologica virale di HBV (epatite B), HCV (epatite C), HIV (AIDS) che è risultato positivo?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, in quale data?  Per quale sierologia?
5	Sarà sottoposto a uno o più interventi chirurgici o qualsiasi tipo di accertamento medico nel corso dei prossimi dodici mesi?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, fornire tutte le informazioni:
6	È affetto da infermità congenita o acquisita, o è titolare di una pensione o di una rendita per invalidità (militare, civile o come vittima di un incidente sul lavoro)? <i>Fornire eventuali documenti</i>	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, quale tipo? Da quando?  Categoria e grado:
7	Indichi la sua altezza in cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Indichi il suo peso in kg: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Indichi la differenza tra altezza & peso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  (es. : 175 cm – 81 kg = 94)  Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	
8	È sottoposto ad un trattamento medico continuativo? È sottoposto a delle cure mediche? (da più di 30 giorni consecutivi?)	<input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	Se sì, per quale motivo/ quali motivi ?  Trattamenti/ cure? Da quando?

Firma del Cedente/Delegante \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico di Fiducia

Firma del Medico specializzato della Compagnia di Assicurazione

--	--

Il Cedente/Delegante dichiara inoltre di essere consapevole:

- 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 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.

In caso di mancato pagamento dell'indennizzo, la Contraente potrà agire nei confronti degli eredi del Cedente/Delegante per il recupero delle rate del Finanziamento rimaste insolute.

**Avvertenze:**

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.

In \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Firma del Cedente/Delegante:**

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196

La informiamo che, in relazione al contratto di assicurazione concluso tra Fidelity S.p.A. e Sogecap S.A. (di seguito il "Contratto di Assicurazione") e connesso al contratto di finanziamento (di seguito il "Finanziamento") da Lei concluso con Fidelity S.p.A., i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi (Fidelity S.p.A.), anche in costanza di rapporto contrattuale, saranno utilizzati da Sogecap S.A. (titolare del trattamento) al solo fine di fornire i servizi e le prestazioni connesse al Contratto di Assicurazione. In tale ambito, Lei potrebbe fornire a Sogecap S.A., anche per il tramite di Fidelity S.p.A. (responsabile del trattamento) eventuali dati sensibili<sup>1</sup> necessari per le verifiche propedeutiche all'instaurazione del Contratto di Assicurazione o all'esecuzione delle prestazioni ivi previste. Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornire le prestazioni derivanti dal Contratto di Assicurazione. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle strutture di Sogecap S.A. solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati, anche sensibili, potranno essere comunicati e trattati a/da: (i) società del gruppo di Sogecap S.A. e a società di fiducia di Sogecap S.A. che svolgono per conto di Sogecap S.A. attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento<sup>2</sup>, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto<sup>3</sup>. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti sarà fornito da Sogecap S.A. dietro richiesta. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del gruppo di Sogecap S.A. situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare a Sogecap S.A., il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003) rivolgendosi a Sogecap S.A. Via Guglielmo Silva n. 34, 20149 Milano, Tel 02 43 01 85 00, fax 02 43 01 85 85, e-mail [info@societegenerale-insurance.it](mailto:info@societegenerale-insurance.it). Potrà rivolgersi ai medesimi indirizzi al fine di conoscere l'elenco di tutti i soggetti a cui potranno essere trasmessi i suoi dati personali.

<sup>1</sup> 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. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

#### Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata, il cui contenuto costituisce parte integrante della presente manifestazione di consenso. In relazione a quanto precede presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, di natura sensibile, descritti nell'informativa, effettuato, in esecuzione del Contratto di Assicurazione, direttamente da Sogecap S.A. (titolare del trattamento), da Fidelity S.p.A. (responsabile del trattamento) e dagli altri soggetti che svolgono le attività descritte nell'Informativa da me ricevuta.

Firma del Cedente/Delegante \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3****IL 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**

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 Questionario medico Dettagliato 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.) e il fascicolo informativo relativo a tale contratto.

➡ **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 (D.lgs. n. 196/2003) acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte di Sogecap S.A. per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

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

**CONSENSO ALLA STIPULA DI UN'ASSICURAZIONE SULLA VITA**

Il sottoscritto, dopo aver preso visione del documento informativo relativo al contratto di assicurazione sottoscritto da Fidelity S.p.A. e dall'Assicuratore (Sogecap S.A.) e del fascicolo informativo relativo a tale contratto, 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 dell'art.13 del decreto legislativo 30.06.2003 n. 196

La informiamo che, in relazione al contratto di assicurazione concluso tra Fidelity S.p.A. e Sogecap S.A. (di seguito il "Contratto di Assicurazione") e connesso al contratto di finanziamento (di seguito il "Finanziamento") da Lei concluso con Fidelity S.p.A., i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi (Fidelity S.p.A.), anche in costanza di rapporto contrattuale, saranno utilizzati da Sogecap S.A. (titolare del trattamento) al solo fine di fornire i servizi e le prestazioni connesse al Contratto di Assicurazione. In tale ambito, Lei potrebbe fornire a Sogecap S.A., anche per il tramite di Fidelity S.p.A. (responsabile del trattamento) eventuali dati sensibili<sup>1</sup> necessari per le verifiche propedeutiche all'instaurazione del Contratto di Assicurazione o all'esecuzione delle prestazioni ivi previste.

Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornire le prestazioni derivanti dal Contratto di Assicurazione. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle strutture di Sogecap S.A. solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati, anche sensibili, potranno essere comunicati e trattati a/da: (i) società del gruppo di Sogecap S.A. e a società di fiducia di Sogecap S.A. che svolgono per conto di Sogecap S.A. attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento<sup>2</sup>, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto<sup>3</sup>. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti sarà fornito da Sogecap S.A. dietro richiesta. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del gruppo di Sogecap S.A. situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare a Sogecap S.A., il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003) rivolgendosi a Sogecap S.A. Via Guglielmo Silva n. 34, 20149 Milano, Tel 02 43 01 85 00, fax 02 43 01 85 85, e-mail [info@societegenerale-insurance.it](mailto:info@societegenerale-insurance.it). Potrà rivolgersi ai medesimi indirizzi al fine di conoscere l'elenco di tutti i soggetti a cui potranno essere trasmessi i suoi dati personali.

<sup>1</sup> 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. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

**Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali**

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa sopra riportata, il cui contenuto costituisce parte integrante della presente manifestazione di consenso. In relazione a quanto precede presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, di natura sensibile, descritti nell'informativa, effettuato, in esecuzione del Contratto di Assicurazione, direttamente da Sogecap S.A. (titolare del trattamento), da Fidelity S.p.A. (responsabile del trattamento) e dagli altri soggetti che svolgono le attività descritte nell'Informativa da me ricevuta

Firma del Cedente/Delegante \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## C) GLOSSARIO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2015**.

Di seguito una spiegazione dei termini solitamente utilizzati nei contratti assicurativi che la Contraente e l'Assicurato potranno utilizzare per una migliore comprensione del contratto.

**Si avvertono tuttavia la Contraente e l'Assicurato che le definizioni di seguito riportate non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del Contratto, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nelle Condizioni di assicurazione.**

**Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Assicuratore:** società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.

**Beneficiario:** persona fisica o giuridica designata nel contratto, che può coincidere o meno con la Contraente, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

**Carenza:** periodo di tempo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'impresa di assicurazione diviene concretamente efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo l'Assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

**Caricamenti:** parte del premio versato dalla Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'Assicuratore.

**Cedente:** la persona fisica con la quale la Contraente ha stipulato un Finanziamento rimborsabile mediante cessione di quote della pensione fino a un quinto e che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita.

**Compagnia:** Vedi "Assicuratore".

**Condizioni contrattuali (o di polizza):** insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

**Conflitto di interessi:** l'insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse dell'Assicuratore può collidere con quello della Contraente o dell'Assicurato.

**Contraente:** persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione con l'Assicuratore.

**Contratto di assicurazione:** contratto con il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento del premio, si impegna a indennizzare l'Assicurato dei danni prodotti da un sinistro oppure a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente la vita umana.

**Costi accessori (diritti fissi):** oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico della Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

**Decorrenza della garanzia:** momento in cui le garanzie divengono operanti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

**Detraibilità fiscale (del premio versato):** misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

**Durata contrattuale:** periodo durante il quale il contratto è efficace.

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

**Franchigia assoluta:** periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro.

**Franchigia relativa:** periodo di tempo superato il quale l'Assicuratore indennizza il sinistro a partire dalla data dell'evento.

**Garanzia:** copertura assicurativa prevista dal contratto in base alla quale l'Assicuratore si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario (es. decesso, invalidità permanente totale, ecc.).

**Impresa:** Vedi "Assicuratore".

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

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

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

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

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

**IVASS:** Autorità a cui è affidata la vigilanza sul settore assicurativo con riguardo alla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e di riassicurazione e alla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese, degli intermediari e degli altri operatori del settore. L'IVASS svolge anche compiti di tutela del consumatore, con particolare riguardo alla trasparenza nei rapporti tra imprese e assicurati e all'informazione al consumatore. Istituito con Legge 7 agosto 2012, n. 135, l'IVASS – a decorrere dal 1 gennaio 2013, è succeduto in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

**Liquidazione:** pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

**Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, che non sia malformazione o difetto fisico, non dipendente da infortunio.

**Massimale:** somma massima che l'Assicuratore si impegna a riconoscere al Beneficiario per le garanzie previste nel contratto.

**Montante lordo:** la somma delle rate mensili da versare, previste dal piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di Finanziamento.

**Perdita involontaria d'impiego:** perdita dell'impiego non dipendente dalla volontà dell'Assicurato.

**Polizza collettiva:** contratto di assicurazione sulla vita stipulato da un Contraente costituito da una persona giuridica per conto di un gruppo di Assicurati.

**Premio annuo:** importo versato annualmente all'Assicuratore secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

**Premio complessivo (o lordo):** importo complessivo da versare all'Assicuratore quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

**Premio di tariffa:** somma di premio puro e dei caricamenti.

**Premio periodico:** premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può cambiare di periodo in periodo.

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

**Premio unico:** importo da corrispondere in soluzione unica all'Assicuratore al momento della conclusione del contratto di assicurazione.

**Prescrizione:** estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

**Prestazione assicurata:** somma che l'Assicuratore garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

**Proposta:** documento o modulo sottoscritto dal Cedente con il quale egli manifesta all'Assicuratore la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Questionario medico:** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Cedente che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

**Recesso (o diritto di ripensamento):** diritto dell'Assicurato di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

**Ricorrenza annuale:** l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

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

**Rischio demografico:** rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno dell'Assicuratore di erogare la prestazione assicurata.

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

**Sovrapremio:** maggiorazione di premio richiesta dall'Assicuratore nel caso in cui il Cedente superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (superpremio sanitario) oppure nel caso in cui il Cedente svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (superpremio professionale o sportivo).

**Tecniche di comunicazione a distanza:** qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicuratore (o di un intermediario incaricato dall'Assicuratore) e dell'Assicurato, possa impiegarsi per la trasmissione delle comunicazioni inerenti al contratto.

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

## D) 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 aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: 01/10/2015.

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: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita: \_\_\_\_\_ Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

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 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 al netto delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto ed il rimborso del premio (cosiddetti caricamenti). Tali spese sono pari al 4% del premio da restituire, con un minimo di 30 Euro.

### 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 Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione; c) Glossario; d) 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 della Sezione B) del Fascicolo Informativo (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".

ASS 57 - 10/2015\_02

