

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 Banca di sconto

03/02/2025 – 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 3.792 costituito da: capitale sociale per €/mio 1.264 utili portati a nuovo per €/mio 1.208 ed altre riserve per €/mio 657. Il Solvency Capital Requirement (SCR) di Sogecap ammonta a €/mio 3.667 e il rapporto di copertura del Solvency Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 267%. Il Minimum Capital Requirement (MCR) di Sogecap ammonta a €/mio 1.650 e il rapporto di copertura del Minimum Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 501%. 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_bisqnews/SFCR_SOGECAP_2021_VF.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 90 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 sulla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.



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, al netto dei diritti fissi e delle imposte di legge. 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, dei diritti fissi 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: <ul style="list-style-type: none"> - Al termine del piano di rimborso di tale 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 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?

Costi gravanti sul premio:

- Costi di gestione: 11,5%. 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'/agli intermediario/i a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione. La percentuale è fissa e non dipende da sesso, durata, età della testa assicurata o importo finanziato



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.

EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA

SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Cessione del quinto dello stipendio

 SOCIETE GENERALE
Insurance

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

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

CQS Banca di sconto

03/02/2025 – ultima edizione disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza è una assicurazione sulla vita stipulata dalla società finanziaria o istituto di credito, ("Contraente") al fine di tutelare se stessa in caso di decesso del Cedente/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>a) <i>prestazioni in caso di decesso del Cedente/Delegante per qualunque causa:</i> l'Assicuratore pagherà alla Contraente una somma pari al Credito Residuo alla data del decesso.</p> <p>Indipendentemente dal numero di contratti relativi a Finanziamenti sottoscritti da uno stesso Cedente/Delegante con la Contraente, l'Assicuratore pagherà una prestazione massima che varia in base ai criteri di assumibilità.</p>	

	Che cosa NON è assicurato?
<p><i>Non sono assicurabili le persone che:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>✗ alla scadenza del Finanziamento abbia superato i limiti di età previsti in base ai criteri di assumibilità;</i><i>✗ abbiano un'età al momento del decesso uguale o superiore a quella prevista dai criteri di assumibilità;</i><i>✗ abbiano sottoscritto un Finanziamento di nuova emissione che abbia una durata inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi, non preveda rate di rimborso mensili ed il cui montante ecceda l'importo previsto dai criteri di assumibilità.</i>	

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

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

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



Quando e come devo pagare?

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *La copertura è concessa per Finanziamenti che hanno una durata compresa tra i 24 mesi ed i 120 mesi. La durata della copertura può essere prolungata per un massimo di 18 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, del Questionario Medico 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, indirizzata all'Assicuratore 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
CQS Banca di sconto
Condizioni di assicurazione

Condizioni di Assicurazione relative al Contratto assicurativo n. CQS/2022/003 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: 03/02/2025

SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/02/2023**

GLOSSARIO

Agente (Partner Gestionale): l'intermediario assicurativo iscritto alla sezione A del registro di cui all'art. 109 del dlgs 209/2005

Assicuratore: Sogecap S.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex, Francia. L'Assicuratore è autorizzato all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ACPR (ex ACAM) - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution e, in virtù della notifica dell'ACPR all'IVASS in data 22 luglio 2010 (numero di iscrizione all'elenco I dell'albo imprese IVASS I.00088), opera in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria sita in Italia, in Via Tiziano n. 32, 20145 Milano.

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

Beneficiario: la Contraente.

CQS: (acronimo di cessione del quinto dello stipendio) prestito personale rimborsabile, ai sensi del DPR 180, tramite cessione di quote dello stipendio fino al quinto.

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: Banca di sconto S.p.A. con Sede Legale in Roma

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 alla pensione o a seguito di riduzione della quota cedibile. Le rate insolute oggetto di copertura saranno conteggiate sia per la quota capitale che per la quota interessi. 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.

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 pari o maggiore di 16 non rientrante in una delle tre categorie precedenti.

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

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

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

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

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

Questionario medico o QM: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Cedente/Delegante che deve essere compilato, sottoscritto e datato dal Cedente/Delegante stesso. Il formato del Questionario medico è allegato alle 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/Delegante che deve essere compilato, sottoscritto e datato dal Cedente/Delegante nonché controfirmato e timbrato da un medico. Il formato dell'RVM è allegato alle presenti Condizioni di Assicurazione.

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 e in base 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;**
- **soddisfi le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica.**

I limiti assuntivi relativamente agli aspetti di seguito indicati sono riportati nei “Limiti assuntivi” foglio 1 allegato:

- **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 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 75.000 €	Questionario medico firmato dal Cedente/Delegante
Oltre 75.000 €	Rapporto di Visita Medica controfirmato e timbrato dal Medico

Qualora nel Questionario Medico venga riscontrata almeno una risposta positiva, si richiede la compilazione del Rapporto di Visita Medica da parte del Cedente/Delegante.

Qualora nel Rapporto di Visita Medica venga riscontrata almeno una risposta positiva, l’Assicuratore ha facoltà di:

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

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

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

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 18 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 d'ammortamento. Se il Finanziamento non viene erogato entro 3 mesi dalla Data di effetto del finanziamento indicata nel Certificato di polizza la copertura assicurativa non avrà efficacia.

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

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione anticipata, anche nel caso di estinzione avvenuta a seguito di incasso del TFR, 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, al netto dei diritti fissi (pari ad euro 30,00).

La porzione di premio da rimborsare è uguale alla somma:

- del premio rischio puro corrispondente al periodo di assicurazione residuo, sulla base della durata del Contratto e del periodo già trascorso in copertura. Come segue:

Considerando:

D, la durata contrattuale

T, il periodo già trascorso in copertura

Premio di rischio puro corrispondente: $\text{Premio di rischio puro iniziale} \cdot (D-T) \cdot (D-T+1) / D \cdot (D+1)$

- dei costi corrispondenti al periodo di assicurazione residuo rispetto alla scadenza originaria. Come segue:

Considerando:

D, la durata contrattuale
T, il periodo già trascorso in copertura
Costi corrispondenti: Costi iniziali*(D-T)/D

Il premio rischio puro e i costi corrispondenti sono calcolati al netto di:

- Spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto (application Fees)

Il rimborso goduto è al netto delle Spese per la gestione della chiusura anticipata del contratto. Queste spese sono pari al 4% del Premio da restituire, con un minimo di 30,00 Euro.

In caso di decesso del Cedente/Delegante prima della scadenza contrattuale, la Copertura Assicurativa relativa allo specifico Finanziamento decadrà senza rimborso di alcuna somma alla Contraente.

ART. 6 – RECESSO

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore entro 30 giorni dalla Data di prima Erogazione del Finanziamento. In tal caso l'Assicuratore restituirà alla Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio eventualmente già pagato, al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, dei diritti fissi e delle eventuali 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 75° anno, salvo i casi di cui al precedente art. 4 e salvo che ricorra una o più delle ipotesi di esclusione di operatività della Copertura previste dal successivo articolo 8 e/o dalle altre previsioni delle presenti Condizioni di Assicurazione 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 o di comportamenti fraudolenti della Contraente;
- di atti di terrorismo, sabotaggi, attentati o delitti dolosi qualora il Cedente/Delegante vi abbia preso parte attiva;
- di tutti i rischi nucleari;
- del suicidio del Cedente/Delegante avvenuto nel corso dei 12 mesi successivi alla data di decorrenza della copertura, come indicata al precedente articolo 4.

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

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 (Centomila/00) per i Dipendenti Statali o Pubblici, e di Euro 80.000 (ottantamila/00) per i Dipendenti di Aziende Private o Parapubbliche.

Eventuali interessi di mora e interessi del finanziamento sono esclusi dalla prestazione pagabile, nell'ambito del Credito residuo.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio, al netto delle eventuali imposte, è unico e anticipato ed è calcolato sulla base del Montante lordo, della durata del Finanziamento, nonché dell'età assicurativa (età riferita al compleanno più vicino al momento della sottoscrizione) del Cedente/Delegante, maggiorato di € 30,00 quali diritti fissi. Le condizioni per la determinazione del Premio sono descritte nell'allegato Premi di assicurazione della Convenzione.

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 per il tramite dell'Agente. 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:

- la denuncia del Sinistro con il numero del contratto di Finanziamento sottoscritto dal Cedente/Delegato deceduto;
- la copia del contratto di Finanziamento del Modulo per le dichiarazioni del Cedente/Delegante e del Questionario Medico, compilato e sottoscritto dal Cedente/Delegante, o Rapporto di visita medica, compilato e sottoscritto dal Cedente/Delegante nonché controfirmato e timbrato dal medico;
- l'ammontare esatto del Credito Residuo rilevato al momento del decesso del Cedente/Delegante;
- il piano di ammortamento;
- il certificato di morte del Cedente/Delegante;
- documentazione dell'erogazione del Finanziamento (es. contabile del bonifico bancario);
- Atto di benessere rilasciato dall'ATC (se presente).

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 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Il mancato rispetto, anche parziale, della procedura di attivazione della singola copertura assicurativa, descritta al precedente articolo 3 e nell'Allegato Foglio 1 "Limiti assuntivi" e Foglio 2 "Criteri Generali", potrà comportare il rifiuto totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicuratore, dopo aver effettuato il pagamento al Beneficiario, si riserva in ogni caso il diritto di:

- agire nei confronti del Beneficiario, entro un anno dalla data del Sinistro, per il recupero dell'indennizzo pagato, nonché dei relativi interessi e spese, in caso di dolo del Beneficiario stesso;
- agire nei confronti degli eredi del Cedente/Delegante per il recupero dell'indennizzo pagato, nonché dei relativi interessi e spese, in caso di partecipazione attiva del Cedente/Delegante a delitti dolosi, suicidio del Cedente/Delegante accaduto nei 12 mesi successivi alla data di inclusione in copertura, dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del Cedente/Delegante ai sensi degli artt. 1892 e 1894 del Codice civile.

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

Se dalla documentazione presentata l'Assicuratore accerta l'obbligo di pagare la prestazione assicurata, l'Assicuratore invierà al Beneficiario la quietanza. La firma per accettazione di tale quietanza da parte del Beneficiario e l'avvenuto pagamento libererà l'Assicuratore da qualsiasi obbligo.

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 90 giorni dalla ricezione della documentazione completa facendo riferimento alle procedure operative descritte nel "Modulo di denuncia di sinistro e pagamento dell'indennizzo" allegato alla presente convenzione.

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 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. La Contraente si riserva il diritto di indicare un diverso Beneficiario con comunicazione scritta all'Assicuratore.

Nel caso di cessione in blocco da parte della Contraente di crediti derivanti dai Finanziamenti ed assistiti da Assicurazione, la Contraente indicherà all'Assicuratore il cessionario dei rispettivi crediti ceduti quale nuovo Beneficiario, inviando all'Assicuratore una comunicazione preventiva al perfezionamento della cessione, e successivamente l'elenco dei crediti ceduti oggetto di Assicurazione.

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 06.421.33.353/745 - 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 / SIR4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, correlando 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) 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 BANCA DI SCONTO 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	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)? <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	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? * * Domanda idonea al "diritto all'oblio"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Negli ultimi 10 anni, ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, o altri tipi di terapia oncologica? * * Domanda idonea al "diritto all'oblio"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	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*: <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? • Malattie infettive * Domanda idonea al "diritto all'oblio"	<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"/>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

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.
- 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 dell'informativa riguardante il diritto all'oblio, disponibile nella sua versione integrale 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.

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 prescrizione 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 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 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:

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. E' 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 BANCA DI SCONTO 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 **SI**, 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

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ha avuto uno o più ricoveri in ospedale o ambiente simile negli ultimi 10 anni? * <i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ha subito interventi chirurgici, procedure endoscopiche, innesti, trapianti negli ultimi 10 anni? * <i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ha subito trattamenti con sostanze radioattive, chemioterapia o trasfusioni di sangue negli ultimi 10 anni? * <i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ha consultato medici specialisti negli ultimi 10 anni? * <i>* Domanda idonea al "diritto all'oblio"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sta attualmente assumendo o le è stato prescritto, negli ultimi 10 anni, qualche trattamento medico, ad eccezione della contraccezione o delle condizioni stagionali? * <i>Per cure mediche intendiamo farmaci, fisioterapia, osteopatia, agopuntura, infiltrazioni, psicoterapia, apparecchiature.</i> <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> * Domanda idonea al "diritto all'oblio"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Pratica uno sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fuma (sigarette, sigari, pipe, sigarette elettroniche)? (se sì, specificare la quantità giornaliera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Consuma bevande alcoliche settimanalmente? (se sì, specificare la quantità settimanale in centilitri e la tipologia di alcol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Proscioglio 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 dell'informativa riguardante il diritto all'oblio, disponibile nella sua versione integrale 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.

- Statica spinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Movimenti articolari degli arti superiori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Movimenti articolari degli arti inferiori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sono presenti deformità, mutilazioni, cicatrici, protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nel passato, il cedente ha avuto:			
- Fratture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dislocazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ci sono disturbi o segni della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, ci sono state conseguenze professionali (Incidenza sulla capacità di esercitare attività lavorativa, interruzione del lavoro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono state seguite cure? Chirurgiche? Mediche? Fisioterapiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono stati effettuati ulteriori esami? Quali? Quando? Con quali risultati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?
-
- 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quali, con quali risultati?		

6 – SISTEMA DIGESTIVO

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: - Dalla lingua, dalla faringe? - Palpazione addominale: epatomegalia? - Palpazione addominale: splenomegalia? - Della parete addominale (ernie, ernie, cicatrici)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/>

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

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 PER LE DICHIARAZIONI DEL CEDENTE/DELEGANTE
CONVENZIONE N. CQS/2022/003 STIPULATA DA BANCA DI SCONTO 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	<input type="checkbox"/> CQS	<input type="checkbox"/> 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	
Nome:	Cognome:
Luogo di Nascita:	Data di Nascita (gg/mm/aa):
Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
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)	
ATC.....	
Con sede in.....	

DICHIARAZIONI DEL CEDENTE
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 o del Rapporto di Visita Medica, 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 ricevuto il documento informativo relativo al contratto di assicurazione sottoscritto da Banca di sconto 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 Banca di sconto S.p.A. e dall'Assicuratore (Sogecap S.A.) e, consente la stipula dell'assicurazione sulla propria vita da parte della Contraente ai sensi e per gli effetti dell'art. 1919 del Codice civile. Il sottoscritto proscioglie altresì dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano averlo curato o visitato e le altre persone alle quali l'Assicuratore (Sogecap S.A.) riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.
➡ Data (gg/mm/aa): _____ Firma (leggibile) _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679

Gentile Cliente, La informiamo che i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi¹, anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati da Sogecap S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito Sogecap S.A.) (titolare del trattamento) al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti² nonché per ogni altra finalità connessa ad obblighi di legge, regolamenti, normativa comunitaria e per finalità strettamente connesse alle attività assicurative fornite. A tali scopi Lei potrebbe fornire a Sogecap S.A., eventuali dati sensibili³ indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione e/o all'esecuzione delle prestazioni richieste. Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per il perseguimento delle suddette finalità. L'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare l'impossibilità di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito della struttura di Sogecap S.A., solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione in qualità di incaricati del trattamento, sia attraverso strumenti informatici e/o elettronici, sia su supporto cartaceo e, comunque, mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) società del gruppo di Sogecap S.A., e a società di fiducia di Sogecap S.A., che svolgono per conto di tale compagnia attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento⁴, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁵. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti sarà fornito dal titolare del trattamento dietro richiesta. Inoltre, taluni Suoi dati potrebbero, sempre per le finalità sopra indicate, essere comunicati a soggetti situati in Paesi appartenenti all'Unione Europea o in Paesi terzi, nel rispetto della vigente normativa ed in particolare del Capo V (Trasferimenti di dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali) del Reg. 2016/679. La invitiamo pertanto a rilasciare a Sogecap S.A., con la sottoscrizione dell'apposita sezione il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connessa, 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. CQS/2022/003 STIPULATA DA BANCA DI SCONTO 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: **03/02/2025**

Dati relativi alla Contraente:

Denominazione sociale: **Banca di sconto S.p.A.**

Sede legale: ROMA, Partita IVA: **00136290616**

Dati del legale rappresentante della Contraente:

Nome: **Oscar** Cognome: **Cosentini**

Luogo di Nascita: **Cosenza** Data di Nascita: **06/05/1961**

Codice Fiscale: **CSNSCR61E06D086U** Recapito Telefonico: **06.90255608**

Indirizzo per la carica: **Via Venti Settembre, 30**

Comune: **Roma** Prov: **RM** Cap: **00187**

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, anche nel caso di estinzione avvenuta a seguito di incasso del TFR, 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, al netto dei diritti fissi (pari ad euro 30,00).

La porzione di premio da rimborsare è uguale alla somma:

- del premio rischio puro corrispondente al periodo di assicurazione residuo, sulla base della durata del contratto e del periodo già trascorso in copertura. Come segue:

Considerando:

D, la durata contrattuale

T, il periodo già trascorso in copertura

Premio di rischio puro corrispondente: $\text{Premio di rischio puro iniziale} \cdot (D-T) \cdot (D-T+1) / D \cdot (D+1)$

- dei costi corrispondenti al periodo di assicurazione residuo rispetto alla scadenza originaria. Come segue:

Considerando:

D, la durata contrattuale

T, il periodo già trascorso in copertura

Costi corrispondenti: $\text{Costi iniziali} \cdot (D-T) / D$

Il premio rischio puro e i costi corrispondenti sono calcolati al netto di:

- Spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto (application Fees)

Il rimborso goduto è al netto delle Spese per la gestione della chiusura anticipata del contratto. Queste spese sono pari al 4% del premio da restituire, con un minimo di 30,00 Euro.

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

In caso di decesso del Cedente/Delegante prima della scadenza contrattuale, la Copertura Assicurativa relativa allo specifico Finanziamento decadrà senza rimborso di alcuna somma alla Contraente.

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".

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER IL CASO MORTE CONNESSO ALLA STIPULAZIONE DI CONTRATTI DI FINANZIAMENTO GARANTITI CON CESSIONE DI QUOTE DELLO STIPENDIO FINO AL QUINTO E DELEGA DI PAGAMENTO (di seguito il “Contratto di Assicurazione”)

DOCUMENTO INFORMATIVO PER IL CEDENTE/DELEGANTE

ART. 1 – IMPRESA DI ASSICURAZIONE

L'impresa che presta la copertura assicurativa prevista nel Contratto di Assicurazione è Sogecap S.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense Cedex, Francia (di seguito, l'“Assicuratore”). L'Assicuratore è autorizzato all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ACPR (ex ACAM) - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution e, in virtù della notifica dell'ACPR all'IVASS in data 22 luglio 2010 (numero di iscrizione all'elenco I dell'albo imprese IVASS I.00088) e opera in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria sita in Italia, in Via Tiziano n. 32, 20145 Milano.

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E DURATA

Il Contratto di Assicurazione è concluso a garanzia del prestito personale rimborsabile tramite cessione di quote dello stipendio fino al quinto ovvero tramite delega di pagamento (di seguito il “Finanziamento”) stipulato da Banca di sconto S.p.A. (di seguito, la “Contraente”) con il proprio cliente 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 (di seguito, il “Cedente/Delegante”). La copertura assicurativa copre 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. La garanzia offerta dall'Assicuratore è valida senza limiti territoriali.

Per ciascun Finanziamento la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di prima erogazione dello stesso, a condizione che siano rispettate le formalità di ammissione indicate al successivo art. 3.

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;
- in caso di Sinistro.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

La copertura è concessa dall'Assicuratore alla Contraente in relazione al Finanziamento sottoscritto dal Cedente a condizione che quest'ultimo:

- **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 previsto dai limiti assuntivi per cessione e delega;**
- **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;**
- **soddisfi le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del Questionario Medico o del Rapporto di visita medica.**

Soddisfi i limiti assuntivi previsti dal Contratto di Assicurazione 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.

Affinché la copertura assicurativa possa essere attivata relativamente al Finanziamento sottoscritto dal Cedente/Delegante, è richiesta la compilazione e sottoscrizione (con indicazione della data) da parte del Cedente/Delegante del Modulo per le dichiarazioni del Cedente/Delegante, del Questionario Medico o del Rapporto di visita medica.

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 della Contraente 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, 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.

ART. 4 – PREMIO

La copertura è concessa dall'Assicuratore esclusivamente in favore della Contraente in relazione al Finanziamento. **Il premio dovuto quale corrispettivo della copertura assicurativa è pertanto interamente a carico della Contraente.**

Anche a seguito della sottoscrizione del "Modulo per le dichiarazioni del Cedente/Delegante", non vi sarà alcuna adesione del Cedente al Contratto di Assicurazione. Pertanto, salvo quanto previsto al precedente art. 3, il Cedente/Delegante non avrà alcun obbligo né vanterà alcun diritto in relazione al Contratto di Assicurazione stesso, che è concluso unicamente tra l'Assicuratore e la Contraente che è l'unica beneficiaria delle prestazioni assicurative previste dal Contratto di Assicurazione.

ART. 5 – LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di Decesso del Cedente/Delegante prima del compimento del 75° anno di età salvo quanto stabilito nei limiti e criteri assuntivi e nelle ipotesi di esclusione previste dal Contratto di Assicurazione e comunque prima della scadenza del Finanziamento oggetto della copertura assicurativa, la prestazione assicurata sarà corrisposta dall'Assicuratore alla Contraente. **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.**

SOGECAP S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale
Paolo Quartara

