

Sogecap S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

FASCICOLO INFORMATIVO

Fascicolo Informativo relativo al Contratto assicurativo n. FI/16/004 "Sicuro" stipulato da Fidelity S.p.A. per l'assicurazione dei rischi: vita caso morte, invalidità permanente totale e ricovero ospedaliero assicurati da Sogecap S.A..

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- (a) Nota informativa
- (b) Condizioni di assicurazione
- (c) Glossario
- (d) Modulo di adesione al Programma Assicurativo

deve essere consegnato alla Contraente ed all'Assicurato prima della sottoscrizione, rispettivamente, del Contratto assicurativo e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Avvertenza: l'Assicuratore si impegna a pubblicare sul sito internet www.societegenerale-insurance.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

A) NOTA INFORMATIVA

Data di ultimo aggiornamento: 01/10/2018

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

La Contraente e l'Assicurato debbono prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione, rispettivamente, della Convenzione assicurativa e del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il presente contratto è offerto dalla seguente Compagnia (di seguito denominato "Assicuratore"):

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.**

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale delle Imprese

Il patrimonio netto di Sogecap S.A. risultante dall'ultimo bilancio approvato è pari ad €/mio 2.348,6 costituito da: capitale sociale per €/mio 1.168 utili portati a nuovo per €/mio 624,5 ed altre riserve per €/mio 556,1. Il Solvency Capital Requirement (SCR) di Sogecap ammonta a €/mio 2.817 e il rapporto di copertura del Solvency Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 163%. Il Minimum Capital Requirement (MCR) di Sogecap ammonta a €/mio 1.268 e il rapporto di copertura del Minimum Capital Requirement per mezzo dei fondi propri (Solvency 2) è pari al 300%.

Eventuali variazioni dei dati concernenti la situazione patrimoniale delle Compagnie che offrono il presente contratto verranno pubblicate sul sito internet www.societegenerale-insurance.it.

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

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte – Limitazioni ed esclusioni

La presente Nota Informativa si riferisce ad un contratto di assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa abbinato al Finanziamento erogato da Fidelity S.p.A.

La durata del contratto corrisponde alla durata del piano di rimborso del Finanziamento stabilita in fase di sottoscrizione del contratto, con un minimo di 1 mese ed un massimo di 120 mesi. Il contratto non prevede tacito rinnovo.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione in caso di Decesso per **qualsiasi causa dell'Assicurato, salvo le esclusioni indicate all'Art. 8;**
- **Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato;**
- Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di infortunio o **malattia dell'Assicurato.**

Il presente contratto può essere sottoscritto solo da soggetti **che al momento dell'adesione siano** Lavoratori Atipici, Pensionati o Non Lavoratori.

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenza: si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle disposizioni contenenti limitazioni, esclusioni, franchigie, massimali, limiti massimi di età assicurabile e periodi di carenza applicabili alle garanzie assicurative e si rinvia agli artt. 2, 3, 7 e 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di adesione con particolare riferimento alle informazioni rese sullo stato di salute.

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

1° caso:

- periodo di Ricovero Ospedaliero comprovato: 05/09/2010 – 07/09/2010;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del Finanziamento: il giorno 28 di ogni mese;
- indennizzo liquidato, dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 7 giorni): € 0,00.

2° caso:

- periodo di Ricovero Ospedaliero comprovato: 05/09/2010 – 20/09/2010;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del Finanziamento: il giorno 15 di ogni mese;
- indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 7 giorni): € 100,00.

3° caso:

- periodo di Ricovero Ospedaliero comprovato: 05/09/2010 – 20/02/2012;
- data di scadenza della rata di rimborso mensile del Finanziamento: il giorno 15 di ogni mese;
- indennizzo liquidato, dopo l'applicazione della franchigia assoluta (pari a 7 giorni) e del limite di 6 mensilità indennizzabili: € 600,00.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sul fatto che, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo possono determinare l'annullamento del Programma Assicurativo, ovvero determinare la riduzione dell'indennizzo da corrispondersi in relazione al sinistro. Si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Assicurato sul fatto che il contratto di assicurazione è nullo allorché il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del medesimo contratto, ovvero allorché venga stipulata l'assicurazione sulla vita di un terzo senza il consenso di questi o del suo legale rappresentante.

5. Premi

Il premio assicurativo è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, alle attività professionali svolte ed è calcolato moltiplicando il tasso di premio, pari a 0,10%, per il capitale iniziale del Finanziamento ed il numero delle rate di rimborso mensile del Finanziamento.

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, unico per l'intera durata del Programma Assicurativo viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima, su delegazione dell'Assicurato, all'Assicuratore in via anticipata ed in un'unica soluzione.

Non è prevista la possibilità di frazionare il premio.

Il premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento.

Si informa l'Assicurato che il 44,50% del premio al netto delle imposte (ovvero € 45,50 per ogni € 100,00 di premio al netto delle imposte) è in media corrisposto all'agente intermediario/a a titolo di remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo.

Avvertenza: in caso di estinzione totale o parziale anticipata o di trasferimento del Finanziamento da parte dell'Assicurato, l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto e del rimborso del premio pari a € 40,00. In caso di estinzione totale il Programma Assicurativo cessa salvo che l'Assicurato richieda che lo stesso rimanga in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento, in questo caso non vi sarà alcun rimborso di premio che resta acquisito dall'Assicuratore per far fronte ai rischi assunti con il contratto. In caso di estinzione parziale anticipata del Finanziamento, il Programma Assicurativo rimane in vigore in base al nuovo piano di ammortamento concordato con la Contraente al momento dell'estinzione parziale. Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi gravanti sul premio

| | |
|--|--|
| Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto | 55,50% del premio assicurativo al netto delle imposte (di cui il 45,50% corrisposto come spese di intermediazione e distribuzione) |
|--|--|

7. Sconti

Non sono previsti sconti di premio.

8. Regime fiscale

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

Imposte sui premi

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

- **Premio per la garanzia Decesso: 78,24% del premio lordo per i prodotti "Finanziamento a termine finalizzato" e "Doppio Piano di Rimborso"; 78,24% del premio lordo per il prodotto "Maxirata";**
- **Premio per le garanzie Invalidità Permanente Totale e Ricovero Ospedaliero: 21,76% del premio lordo per i prodotti "Finanziamento a termine finalizzato" e "Doppio Piano di Rimborso"; 21,76% del premio lordo per il prodotto "Maxirata".**

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

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

Detrazione fiscale dei premi

Per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente Totale (98,28% del premio lordo per i prodotti "Finanziamento a termine finalizzato" e "Doppio Piano di Rimborso"; 98,28% del premio lordo per il prodotto "Maxirata") è prevista per l'anno in cui il premio stesso è stato corrisposto, una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) alle condizioni e nei limiti di detraibilità fissati dalla legge tempo per tempo vigente.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

9. Modalità di perfezionamento del contratto

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

10. Diritto di recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, entro 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto (così come descritta all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione); qualora, durante il periodo per l'esercizio del recesso, sia denunciato all'Assicuratore un sinistro verificatosi nel medesimo periodo, l'Assicuratore riconoscerà la prestazione assicurata (ove effettivamente dovuta ai sensi del presente contratto) e tratterà il premio versato anche qualora l'Assicurato, successivamente alla denuncia del sinistro, dichiarerà di voler recedere dal Programma Assicurativo. A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, l'Assicurato può altresì recedere, a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, a condizione che il recesso venga esercitato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso. Senza pregiudizio per quanto precede, in entrambi i casi di recesso l'Assicuratore, per il tramite della Contraente, restituirà all'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Assicurato, il premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

In caso di sinistro, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata, il Beneficiario deve fornire all'Assicuratore la documentazione indicata nell'art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, salvo casi particolari.

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

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua in cui è redatto il contratto

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

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Sogecap S.A. - Ufficio Reclami - Via Tiziano n. 32, 20145 Milano - indirizzo e-mail: reclami@societegenerale-insurance.it;

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

Il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore, scrivendo a Ivass - **Servizio tutela degli Utenti via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.421.33.353/745 -**

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 direttamente all'Autorità di Vigilanza Francese (**Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - ACPR**), al seguente indirizzo: **ACPR - DCPC / SIR, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09**, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.

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

15. Comunicazioni dell'Assicurato all'Assicuratore

Ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, l'Assicurato comunica per iscritto all'Assicuratore ogni cambiamento che comporta un aggravamento del rischio, come ad esempio i mutamenti della professione svolta. Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di assicurazione per le conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione.

16. Conflitto di interessi

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

17. Informativa sul soggetto che effettua le comunicazioni a distanza e sull'Intermediario che colloca a distanza il contratto e sul contratto concluso a distanza

17.1 Le eventuali comunicazioni a distanza sono effettuate dall'Assicuratore all'Assicurato, attraverso la tecnica di **comunicazione a distanza indicata** dall'Assicurato stesso nel Modulo di proposta.

17.2 L'Intermediario assicurativo che promuove e colloca a distanza, attraverso qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicurato e dell'Intermediario stesso, possa impiegarsi per la conclusione del contratto tra le dette parti, è Fidelity S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Via G. Silva n. 34, 20149 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000026922, in data 01/01/2007.

Sogecap S.A. **Rappresentanza Generale per l'Italia** è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

SOGECAP S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale
Frédéric Coin



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di ultimo aggiornamento: 01/10/2018

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica o giuridica **che abbia aderito al Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 3**. In caso di persona **giuridica, gli eventi e/o le circostanze attinenti la vita o la persona dell'Assicurato** devono intendersi riferiti alla persona fisica che **sottoscrive il Modulo di adesione in qualità di legale rappresentante della persona giuridica**.

Assicuratore:

Sogecap S.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Parigi La Défense Cedex, Francia. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ACPR (ex ACAM) - **Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** e, in virtù della notifica dell'ACPR all'IVASS in data 22 luglio 2010 (numero di iscrizione all'elenco I dell'albo imprese IVASS I.00088), **la Società opera in Italia in regime di stabilimento tramite la propria sede secondaria. Sogecap S.A. presta, i rischi delle garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Ricovero Ospedaliero.**

Beneficiario:

- **Per la garanzia Decesso:** gli eredi dell'Assicurato;
- **Per le garanzie Invalidità Permanente Totale, e Ricovero Ospedaliero:** l'Assicurato.

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

Contraente: **Fiditalia S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Via G. Silva n. 34, 20149 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000026922, in data 01/01/2007.**

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

Pensionato: **persona fisica che percepisca un reddito derivante da pensione di vecchiaia o di anzianità.**

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

Finanziamento: **il Finanziamento concesso dalla Contraente all'Assicurato.**

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

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

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

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

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

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 – GARANZIE

Il presente contratto può essere sottoscritto solo da soggetti che **al momento dell'adesione siano** Lavoratori Atipici, Pensionati o Non Lavoratori **e prevede le seguenti garanzie:**

- **Decesso per qualsiasi causa (in seguito definita D), salvo le esclusioni indicate all'Art. 8 - Limitazioni;**
- **Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia (in seguito definita IPT);**
- **Ricovero Ospedaliero a seguito di infortunio o malattia (in seguito definita RO).**

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma l'IPT deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea. La garanzia RO deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

- **al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, abbia un'età compresa tra 18 e 75 anni non compiuti ed abbia espletato le formalità di assunzione medica di seguito indicate;**
- **al termine del piano di rimborso del Finanziamento, non abbia ancora compiuto 80 anni di età.**

Modalità di perfezionamento del contratto:

Il contratto si perfeziona con la sottoscrizione della sezione "Adesione al programma Assicurativo e dichiarazione sullo stato di salute" riportata nel Modulo di adesione.

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

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Fermo quanto stabilito all'art. 3 relativamente alle modalità di perfezionamento del contratto, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del Finanziamento ad esso correlato o, nel caso in cui sia previsto un periodo di differimento di rimborso del Finanziamento superiore a 180 giorni, dalle ore 24.00 del 30° giorno antecedente la scadenza della prima rata di rimborso del Finanziamento e rimane in vigore, con un minimo di 1 mese e un massimo di 120 mesi, a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.

- Nell'ipotesi in cui l'Assicurato, alla data di sottoscrizione del contratto di Finanziamento, abbia optato per il Finanziamento con maxirata finale ("Maxirata") la copertura assicurativa viene prestata per la durata del piano di rimborso del Finanziamento e per il periodo intercorrente tra il termine del piano di rimborso del Finanziamento e le ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato decide se rifinanziare o meno la maxirata finale, fino ad un massimo di 30 giorni dal termine del piano di rimborso del Finanziamento. L'eventuale rifinanziamento della maxirata finale non è coperto da assicurazione.
- Nell'ipotesi in cui l'Assicurato, alla data di sottoscrizione del contratto di Finanziamento, abbia optato per il Finanziamento senza maxirata finale ("Doppio Piano di Rimborso") la copertura assicurativa viene prestata per la durata del primo e del secondo piano di rimborso del Finanziamento.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- al pagamento della prestazione assicurata con riferimento alle garanzie D e IPT;
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato;
- in caso di estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo quanto previsto all'art. 5.

Il presente contratto non prevede tacito rinnovo.

ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA DEL FINANZIAMENTO

In caso di estinzione totale anticipata o di trasferimento del Finanziamento da parte dell'Assicurato, l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento e la sua scadenza originaria, al netto delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto e del rimborso del premio pari a € 40.00. In caso di estinzione totale il Programma Assicurativo cessa salvo che l'Assicurato richieda che lo stesso rimanga in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento mediante apposita comunicazione da consegnare all'Assicuratore. In questo caso non vi sarà alcun rimborso di premio che resta acquisito dall'Assicuratore per far fronte ai rischi assunti con il contratto e la prestazione sarà corrisposta al Beneficiario e sarà calcolata sulla base del piano di rimborso definito in fase di sottoscrizione del contratto di Finanziamento. In caso di estinzione parziale anticipata del Finanziamento l'Assicuratore restituirà all'Assicurato la porzione di premio relativa al periodo intercorrente tra la data di estinzione anticipata e la sua scadenza originaria, al netto del premio relativo al nuovo piano di ammortamento, delle spese amministrative sostenute per l'emissione del contratto e del rimborso del premio pari a € 40.00. In caso di estinzione parziale anticipata del Finanziamento, il Programma Assicurativo rimane in vigore sulla base del nuovo piano di ammortamento concordato con la Contraente al momento dell'estinzione parziale. La porzione di premio da restituire è calcolata: per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura

ART. 6 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, entro 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto (così come descritta all'art. 4); qualora, durante il periodo per l'esercizio del recesso, sia denunciato all'Assicuratore un sinistro verificatosi nel medesimo periodo, l'Assicuratore riconoscerà la prestazione assicurata (ove effettivamente dovuta ai sensi del presente contratto) e tratterà il premio versato anche qualora l'Assicurato, successivamente alla denuncia del sinistro, dichiarerà di voler recedere dal Programma Assicurativo. A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, l'Assicurato può altresì recedere, a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, a condizione che il recesso venga esercitato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso. Senza pregiudizio per quanto precede, in entrambi i casi di recesso l'Assicuratore, per il tramite della Contraente, restituirà all'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Assicurato, il premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

- In caso di Decesso per qualsiasi causa (D) dell'Assicurato, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del Finanziamento alla data del D. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data del decesso, non aver compiuto l'80° anno di età.
- In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia (IPT) dell'Assicurato, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari al capitale residuo del Finanziamento alla data

del riconoscimento dell'IPT. **L'IPT corrisponde ad un'invalidità di almeno il 66% secondo la tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30/06/65 e successive modifiche) e deve essere riconosciuta, prima del compimento dell'80° anno di età dell'Assicurato con certificazione medica, dopo un periodo di almeno 12 mesi consecutivi dalla data della prima constatazione della malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'infortunio.**

- **In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di infortunio o malattia (RO) dell'Assicurato, salvo i casi di esclusione specificati all'art. 8, l'Assicuratore rimborsa al Beneficiario una somma pari all'ammontare delle rate di rimborso mensili del Finanziamento, dovute dopo il periodo di franchigia, che hanno scadenza nel periodo di RO comprovato.** La prestazione viene corrisposta a condizione che il RO abbia una durata superiore a 7 giorni consecutivi di pernottamento (franchigia assoluta). La franchigia si calcola a partire dal 1° giorno di RO. Per poter beneficiare di questa garanzia **è necessario, alla data d'inizio del RO, non aver compiuto l'80° anno di età.** Nessuna nuova prestazione è dovuta dall'Assicuratore allorché abbia rimborsato una somma pari a 6 mensilità consecutive (o 12 mensilità complessive per più periodi di RO distinti).

ART. 8 – LIMITAZIONI

Franchigia: Per la garanzia RO è previsto un periodo di franchigia assoluta di 7 giorni, che decorre dal 1° giorno di ricovero.

Esclusioni:

- **Per tutte le garanzie, le conseguenze: del dolo dell'Assicurato, della Contraente o del Beneficiario; di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV; della partecipazione attiva dell'Assicurato a sommosse, scioperi, tumulti popolari, fatti di guerra (anche non dichiarata) o insurrezione, atti di terrorismo e rivoluzioni; di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, della guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; dell'uso o della produzione di esplosivi; della pratica di sport estremi quali, a titolo esemplificativo, attività con veicolo o natante a motore, pugilato, scalata di roccia o ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con auto respiratore, paracadutismo, uso anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio; di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale); di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico; di stati di ubriachezza ed ebbrezza (se superiore al tasso alcolemico presente nel sangue e previsto dal Codice della Strada), alcolismo cronico.**
- **Solo per D: il suicidio dell'Assicurato accaduto durante i primi 2 anni successivi alla data di adesione al Programma Assicurativo, le conseguenze di malattie tropicali.**
- **Solo per IPT, le conseguenze di malattie tropicali.**
- **Solo per IPT e RO, le conseguenze: di ogni affezione psichica, psichiatrica o neuropsichiatrica; di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata (salvo il caso in cui si sia reso necessario un ricovero ospedaliero di almeno 15 giorni consecutivi o un intervento durante il periodo di inabilità); della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate, di ogni tentativo di suicidio e di atti di autolesionismo; di operazioni chirurgiche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato.**
- **Solo per RO: l'inseminazione artificiale, la sterilità e ogni esame, diagnosi o terapie di infertilità.**

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

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

L'importo del premio, unico per l'intera durata del Programma Assicurativo, è calcolato moltiplicando il tasso di premio, pari a 0,10%, per il capitale iniziale del Finanziamento ed il numero delle rate di rimborso mensile del Finanziamento. Il premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima, su delegazione dell'Assicurato, all'Assicuratore in via anticipata ed in un'unica soluzione.

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

ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, dietro richiesta telefonica o scritta all'Assicuratore, saranno forniti all'Assicurato (o ai suoi eredi/beneficiari) i seguenti moduli da compilare: 1) modulo di denuncia sinistro; 2) modulo di rapporto medico; 3) modulo per il trattamento dei dati personali dell'Assicurato a fini assicurativi (Reg. UE 2016/679).

Per tutte le garanzie, la richiesta telefonica all'Assicuratore dovrà essere indirizzata al numero: 02/43018500.

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando i moduli prestampati forniti, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati alla fine del modulo di denuncia. L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del sinistro. L'Assicuratore si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. **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. In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa, salvo casi particolari.

ART. 11 – CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 12 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 13 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Sogecap S.A. - Ufficio Reclami - Via Tiziano n. 32, 20145 Milano - indirizzo e-mail: reclami@societegenerale-insurance.it;

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

Il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore, scrivendo a Ivass - Servizio tutela degli Utenti via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax **06.421.33.353/745** - 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:
 - c) **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.
 - d) **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 direttamente all'Autorità di Vigilanza Francese (Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - ACPR), al seguente indirizzo: **ACPR - DCPC / SIR, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS CEDEX 09, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.**

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

ART. 14 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 15 – FORO COMPETENTE

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

FACCS-SIMILE

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, nonché esercitare gli ulteriori diritti⁷ 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.

C) GLOSSARIO

Data di ultimo aggiornamento: 01/10/2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare alla Contraente ed all'Assicurato, composto da: Nota informativa, Condizioni di assicurazione (comprensive dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali), Glossario e Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

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

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

Impresa: Vedi "Assicuratore".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Premio puro: importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dall'Assicuratore con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi

demografiche sulle probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

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

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

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

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

Programma Assicurativo: insieme delle garanzie assicurative offerte dall'Assicuratore.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D) MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Contratto assicurativo n. FI/16/004 stipulata da Fidelity S.p.A. e Sogecap S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO "SICURO"

Data di ultimo aggiornamento: 01/10/2018

DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO

Numero di Richiesta Fidelity: Totale Finanziato:
N. Rate di Rimborso: Importo della Rata di Rimborso:

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO (Riportare i dati relativi alla persona fisica che sottoscrive il contratto di Finanziamento con la Contraente)

A) Se persona fisica/Ditta Individuale:

Nome: Cognome:
Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa):
Sesso: M F
Codice Fiscale: Recapito Telefonico:
Indirizzo:
Comune: Prov: Cap:

B) Se società/persona giuridica:

Denominazione sociale:
Sede legale: Partita IVA:

Dati del legale rappresentante che sottoscrive il presente Contratto:

Nome: Cognome:
Sesso: M F
Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa):
Codice Fiscale: Recapito Telefonico:
Indirizzo:
Comune: Prov: Cap:

INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Importo del Premio Unico anticipato: €
Importo del Premio Unico anticipato retrocesso all'Intermediario/i a titolo di Remunerazione dell'attività di distribuzione del prodotto assicurativo €

In caso di estinzione totale o parziale anticipata o di trasferimento del Finanziamento la compagnia tratterà l'importo di € 40,00 a titolo di spese di rimborso.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Avvertenze:

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; prima della sottoscrizione della dichiarazione di Adesione al programma assicurativo e dichiarazione sullo stato di salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in essa contenute.

CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018,

del Documento Informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP) e dei seguenti documenti che compongono il Fascicolo informativo relativo al prodotto assicurativo: a) Nota informativa; b) Condizioni di assicurazione; c) Glossario; d) Modulo di adesione al Programma Assicurativo, tutto quanto consegnato in forma cartacea o su altro supporto durevole e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione.

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

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO E DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale, **del DIP e del Fascicolo informativo, aderisce alla copertura assicurativa prestata da Sogecap S.A., anche ai sensi dell'art. 1919 del Codice civile. Dichiaro altresì di essere in buono stato di salute, di non essere affetto da malattie o lesioni che necessitano di un trattamento medico, farmacologico, fisioterapico o psicoterapico continuativo nel tempo e di non essere stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi, a causa di malattia o di infortunio.**

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

Dichiara, inoltre, di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, i seguenti articoli della Sezione B), Condizioni di Assicurazione: art. 7 "Prestazioni Assicurate; art. 8 "Limitazioni"; art. 10 "Denuncia di sinistro ed obblighi relativi".

➡ 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. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, necessari alle Compagnie per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale.**

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

UTILIZZO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 21 e 38 del Regolamento ISVAP n. 35/2010, accetta di ricevere tramite la tecnica a distanza sotto prescelta ogni e qualsivoglia comunicazione che l'Assicuratore vorrà o dovrà effettuare nel corso del presente contratto, inclusi gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel Fascicolo informativo (anche per effetto di modifiche normative successive alla conclusione del contratto), prendendo atto che tali comunicazioni saranno da ritenersi validamente effettuate a tutti gli effetti di legge nel momento in cui giungeranno al recapito fornito. A tal fine fornisce il/i seguente/i recapito/i:

Fax:

E-mail:

Il sottoscritto prende altresì atto che eventuali modifiche alle informazioni contenute nel Fascicolo informativo saranno pubblicate dalle Compagnie sul sito internet www.societegenerale-insurance.it.

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