

# Cessione del quinto della pensione



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

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

CQP Banca Sistema

09/05/2022 – ultima edizione disponibile

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

### Che tipo di assicurazione è?

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

 <b>Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?</b>
<p>a) <i>prestazioni in caso di decesso del Cedente per qualunque causa</i>: l'Assicuratore pagherà alla Contraente una somma pari al Credito Residuo alla data del decesso.</p> <p>Indipendentemente dal numero di contratti relativi a Finanziamenti sottoscritti da uno stesso Cedente con la Contraente, l'Assicuratore pagherà una prestazione massima pari a 75.000 euro, salvo casi particolari</p>

 <b>Che cosa NON è assicurato?</b>
<p><i>Non sono assicurabili le persone che:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* <i>abbiano un'età uguale o superiore a 83 anni al momento della sottoscrizione del Modulo per le dichiarazioni del Cedente e un'età uguale o superiore a 85 anni, 6 mesi e 1 giorno al momento del Decesso.</i></li><li>* <i>Abbiano sottoscritto un Finanziamento di nuova emissione che abbia una durata inferiore a 24 mesi e superiore a 120 mesi, non preveda rate di rimborso mensili ed il cui montante ecceda l'importo di 75.000,00 Euro.</i></li><li>* <i>Non siano titolari di una pensione erogata da INPS o da altri enti previdenziali</i></li></ul>

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

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

 <b>Che obblighi ho?</b>
<p>– <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></p>

- *Consegnare all'Assicuratore i documenti necessari alla liquidazione della prestazione del contratto, quali la denuncia sinistro con il numero di Finanziamento, la copia del contratto di Finanziamento, del modulo per le dichiarazioni del Cedente e del Questionario Medico, compilato e sottoscritto dal Cedente, o del Rapporto di Visita Medica compilato e sottoscritto dal Cedente, nonché controfirmato e timbrato dal medico, l'ammontare esatto del credito residuo rilevato al momento del Decesso, il piano di ammortamento e il certificato di morte. L'Assicuratore può richiedere, agli eredi, ulteriore documentazione medica ritenuta necessaria.*



### Quando e come devo pagare?

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

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



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

- *La copertura è concessa per Finanziamenti che hanno una durata compresa tra i 24 mesi ed i 120 mesi. La durata della copertura può essere prolungata per un massimo di 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 di ulteriori 3 mesi in caso di differimento dell'inizio del piano di ammortamento.*
- *Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione da parte del Cedente 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 e/o PEC, per il tramite del Broker, entro 30 giorni dalla Data di prima erogazione del Finanziamento.*



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- *Non sono previsti riscatti o riduzioni*

# Cessione del quinto della pensione



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

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

**CQP Banca Sistema**

09/05/2022 – 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](http://www.societegenerale-insurance.it), e-mail: [info@societegenerale-insurance.it](mailto:info@societegenerale-insurance.it), PEC [sogecap@pec.it](mailto: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](http://www.societegenerale-insurance.it), e-mail: [info@societegenerale-insurance.it](mailto:info@societegenerale-insurance.it)

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

I dati sopra riportati sono contenuti nella Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile all'indirizzo [https://www.assurances.societegenerale.com/uploads/tx\\_bisqnews/SOGECAP\\_SFCR\\_2020\\_02.pdf](https://www.assurances.societegenerale.com/uploads/tx_bisqnews/SOGECAP_SFCR_2020_02.pdf).

Al contratto si applica la legge italiana



### Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

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



### Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi**

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



## Ci sono limiti di copertura?

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



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<b>Cosa fare in caso di evento?</b>	<p><b>Denuncia di sinistro:</b> La Contraente deve presentare all'Impresa la richiesta per la liquidazione delle prestazioni tramite una delle seguenti modalità: posta raccomandata con ricevuta di ritorno, corriere, posta certificata, portale del Broker.</p> <p><b>Prescrizione:</b> 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.</p> <p><b>Liquidazione della prestazione:</b> L'Assicuratore s'impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto alla Contraente entro 120 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione completa.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o del Cedente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.</p>



## Quando e come devo pagare?

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



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>Il Contratto non prevede tacito rinnovo e cesserà in ogni caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al termine del piano di rimborso di tale Finanziamento;</li> <li>- Al compimento di 85 anni, 6 mesi ed 1 giorno di età del Cedente;</li> <li>- In caso di estinzione anticipata/trasferimento del Finanziamento</li> <li>- In caso di sinistro.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Non sono previsti casi di sospensione.



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

<b>Revoca</b>	<i>Non prevista</i>
<b>Recesso</b>	<i>La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo lettera raccomandata A/R e/o PEC indirizzata all'Assicuratore per il tramite del Broker, entro 30 giorni dalla data di erogazione del Finanziamento.</i>
<b>Risoluzione</b>	<i>Non prevista</i>



## 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 (pensionato) al quale hanno concesso un prestito estinguibile con cessione di quote della pensione.*



## Quali costi devo sostenere?

### **Costi gravanti sul premio:**

- *Costi di gestione: 12,5%. La percentuale è fissa e non dipende da sesso, durata, età della testa assicurata o importo finanziato.*
- *Costi di intermediazione: Il 4% 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

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

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p><i>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati all'Assicuratore secondo le seguenti modalità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Posta: Sogecap S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Ufficio Reclami – Via Tiziano 32, 20145 Milano</i></li> <li>- <i>E-mail: <a href="mailto:reclami@societegenerale-insurance.it">reclami@societegenerale-insurance.it</a></i></li> </ul>
<b>All'IVASS</b>	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></i></p> <p><i>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.</i></p>

<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Mediazione</b>	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98). Questa procedura è obbligatoria per poter procedere innanzi all'Autorità giudiziaria ordinaria.</i>
<b>Negoziazione assistita</b>	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa</i>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<i>- Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET</i>

<b>REGIME FISCALE</b>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<i>I premi non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.</i>

## AVVERTENZE

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

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

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

**Cessione del Quinto della Pensione**  
CQP Banca Sistema  
**Condizioni di assicurazione**

**Condizioni di Assicurazione relative al Contratto assicurativo n. CQP/2021/001 “Cessione del quinto della pensione per il caso morte connesso alla stipulazione di contratti di Cessione del quinto per i pensionati ed a copertura del rischio di mancato adempimento dell’obbligazione di pagamento delle rate di rimborso in seguito al decesso del Cedente**

**DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: 09/05/2022**

## GLOSSARIO

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

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

**Beneficiario:** la Contraente.

**Broker:** il soggetto che ha intermediato il presente contratto

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

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

**Contraente:** Banca Sistema S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Largo Augusto 1/A ang. Via Verziere n.13 (Milano).

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

**Credito Residuo:**

- rate aventi scadenza successiva al Sinistro (scontate al medesimo tasso di interesse convenuto fra la Contraente ed il Cedente 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 incapacità della retribuzione pensionistica. Non rientrano nella definizione le rate non pagate per morosità.

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

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

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

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

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

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

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

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

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

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

**Questionario medico o QM:** modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Cedente che deve essere compilato, sottoscritto e datato dal Cedente stesso.

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

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

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

### ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

### ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

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

- **abbia sottoscritto un Finanziamento di nuova emissione, la cui durata sia compresa tra i 24 mesi e i 120 mesi e che preveda rate di rimborso mensili e il cui Montante non ecceda l'importo di € 75.000,00;**
- **abbia fornito il proprio documento di identità e il proprio codice fiscale;**
- **abbia prestato per iscritto il proprio consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del codice civile, compilando e sottoscrivendo il Modulo per le dichiarazioni del Cedente allegato;**
- **soddisfi le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del Questionario medico o del Rapporto di Visita Medica allegati;**
- **sia titolare di una pensione erogata dall'INPS o da altri enti previdenziali italiani;**
- **abbia un'età, al momento del consenso espresso ai sensi dell'art. 1919 del codice civile, inferiore a 83 anni e, al termine del Finanziamento, inferiore a 85 anni, 6 mesi e 1 giorno.**

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

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

Montante	Formalità mediche
fino a 40.000 €	Questionario medico firmato dal Cedente
da 40.001 € fino a 75.000 €	Rapporto di Visita Medica controfirmato e timbrato dal Medico
Pensioni di Invalidità/Inabilità	Rapporto di Visita Medica controfirmato e timbrato dal Medico

Inoltre, per tutti i Cedenti con età pari o maggiore di 75 anni compiuti alla Data di effetto del finanziamento è richiesta la compilazione del Rapporto di Visita Medica controfirmato e timbrato dal Medico.

Qualora nel Questionario medico o 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 sovra premio, 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.

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

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

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

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

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

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

- al termine del piano di rimborso di tale Finanziamento;
- al compimento di 85 anni, 6 mesi e 1 giorno di età del Cedente;
- in caso di estinzione anticipata/trasferimento del Finanziamento, come indicato al successivo articolo 5;
- in caso di Sinistro.

La durata della garanzia può essere prolungata per un massimo di ulteriori 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 di ulteriori 3 mesi 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.

Il presente contratto non prevede tacito rinnovo.

#### **ART. 5 – ESTINZIONE ANTICIPATA O TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO**

In caso di estinzione anticipata, o di trasferimento del Finanziamento da parte del Cedente, 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 (diritti fissi)

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.

## **ART. 6 – RECESSO**

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R e/o PEC indirizzata all'Assicuratore per il tramite del Broker, 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 prima del compimento di 85 anni, 6 mesi e 1 giorno di età e comunque prima della scadenza del Finanziamento, 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, un capitale pari al valore, scontato al medesimo tasso di interesse convenuto fra la Contraente ed il Cedente per il Finanziamento stesso, del Credito Residuo.

## **ART. 8 – ESCLUSIONI**

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

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

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

**Prestazione massima: la prestazione massima pagabile (in relazione al Contratto di Assicurazione e ad eventuali ulteriori contratti di assicurazione tra l'Assicuratore e la Contraente relativi ad altri Finanziamenti sottoscritti dal Cedente) è di Euro 75.000,00 salvo il caso in cui l'Assicuratore abbia accettato casi particolari di copertura non rientranti nei parametri assuntivi previsti nelle presenti Condizioni di Assicurazione, come previsto al precedente articolo 3.**

#### **ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO**

Il Premio, al netto delle eventuali imposte, è unico e anticipato ed è calcolato sulla base del Montante lordo, della durata del Finanziamento, nonché dell'età del Cedente, maggiorato di € 30,00 quali diritti fissi. Le condizioni per la determinazione del Premio sono descritte nel modulo "Tariffe" allegato alla Convenzione sottoscritta tra la Contraente e l'Assicuratore.

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 del Broker.** La Contraente e l'Assicuratore convengono di regolare i premi dovuti con cadenza mensile a mezzo di bonifico bancario.

Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio.

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

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

#### **ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

**In caso di Decesso del Cedente, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata a favore del Beneficiario, devono essere preventivamente consegnati all'Assicuratore i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza l'importo dell'indennizzo, e in particolare:**

- la denuncia del Sinistro con il numero del contratto di Finanziamento sottoscritto dal Cedente deceduto;
- la copia del contratto di Finanziamento, del Modulo per le dichiarazioni del Cedente e del QM, compilato

e sottoscritto dal Cedente, o RVM, compilato e sottoscritto dal Cedente nonché controfirmato e timbrato dal medico;

- l'ammontare esatto del Credito Residuo rilevato al momento del decesso del Cedente;
- il piano di ammortamento;
- il certificato di morte del Cedente.

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

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

Gli eredi del Cedente dovranno trasmettere la documentazione richiesta all'Assicuratore entro il termine massimo di 90 giorni dalla ricezione della prima richiesta di documentazione formulata dall'Assicuratore.

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 120 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione completa facendo riferimento alle procedure operative descritte nel modulo "Denuncia di Sinistro e pagamento dell'Indennizzo".

**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.

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 per il recupero dell'indennizzo pagato, nonché dei relativi interessi e spese, in caso di partecipazione attiva del Cedente a delitti dolosi, suicidio del Cedente accaduto nei 12 mesi successivi alla data di inclusione in copertura, dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti del Cedente ai sensi degli artt. 1892 e 1894 del Codice civile.

## **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](mailto:reclami@societegenerale-insurance.it).**

I reclami indirizzati all'Impresa contengono:

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

L'Assicuratore gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore, scrivendo a Ivass - Servizio tutela degli Utenti via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206 - PEC: [ivass@pec.ivass.it](mailto: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](http://www.ivass.it) alla sezione "Per il Consumatore" - sottosezione "Come presentare un reclamo".

Il reclamante potrà inoltre rivolgersi per iscritto all'Autorità di Vigilanza Francese (Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution - ACPR), al seguente indirizzo: ACPR- DCPC / SIR 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.

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

#### **ART. 13 – LEGGE APPLICABILE**

Al Contratto si applica la legge italiana.

#### **ART. 14 – FORO COMPETENTE**

Qualsiasi controversia tra l'Assicuratore e la Contraente in relazione all'esecuzione, interpretazione, validità o cessazione del Contratto, sarà risolta mediante ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria dopo l'esperimento obbligatorio del procedimento di mediazione civile. Il foro competente per territorio in via esclusiva è quello di Milano.

#### **ART. 15 – CONFLITTO DI INTERESSI**

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

#### **ART. 16 – REGIME FISCALE**

Al presente Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal D.P.R. n. 917/86 e successive modifiche.

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

**QUESTIONARIO MEDICO**  
 (Da completare a cura del Cedente)

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. E' possibile allegare al presente questionario altra documentazione medica riferita allo stato di salute del Cedente. Il questionario deve poi essere riconsegnato in busta chiusa al soggetto incaricato dalla Contraente., unitamente al Modulo per le dichiarazioni del Cedente.

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

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

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

Firma del Cedente \_\_\_\_\_

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

4	Ha subito un test per la rilevazione sierologica virale di HBV (epatite B), HCV (epatite C), HIV (AIDS) che è risultato positivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, in quale data?  Per quale sierologia?
5	Sarà sottoposto a uno o più interventi chirurgici o qualsiasi tipo di accertamento medico nel corso dei prossimi dodici mesi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, fornire tutte le informazioni:
6	È affetto da infermità congenita o acquisita, o è titolare di una pensione o di una rendita per invalidità/inabilità (militare, civile o come vittima di un incidente sul lavoro)? <i>Fornire eventuali documenti</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, quale tipo? Da quando?  Categoria e grado:
7	Indichi la sua altezza in cm: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Indichi il suo peso in kg: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Indichi la differenza tra altezza & peso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (es. : 175 cm – 81 kg = 94)  Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8	È sottoposto ad un trattamento medico continuativo? È sottoposto a delle cure mediche? (da più di 30 giorni consecutivi?)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, per quale motivo/ quali motivi ?  Trattamenti/ cure? Da quando?

Firma del Cedente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Firma del Medico specializzato della Compagnia di Assicurazione

Dichiaro inoltre di essere consapevole:

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

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

In \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Firma del Cedente: \_\_\_\_\_

**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 terzi<sup>1</sup>, 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 previsti<sup>2</sup> 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 sensibili<sup>3</sup> 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 trattamento<sup>4</sup>, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto<sup>5</sup>. 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, portabilità<sup>6</sup> od opporsi al loro trattamento<sup>7</sup> 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](mailto:DPO@societegenerale-insurance.it). Inoltre, potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo<sup>8</sup>. 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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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)

<sup>3</sup> Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art 9 par. 1 del Reg. UE 2016/679).

<sup>4</sup> In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: Assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

<sup>5</sup> ANIA, IVASS, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Unità di Informazione Finanziaria (UIF), Casellario Centrale Infortuni.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Diritti previsti e disciplinati agli artt. 15-21 del Reg. UE 2016/679

<sup>8</sup> Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il presente regolamento ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione. Sul sito del Garante per la protezione dei dati personali, al seguente link <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>, vengono fornite indicazioni per la presentazione di eventuali reclami alla suddetta autorità.

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

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

Firma del Cedente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**RAPPORTO DI VISITA MEDICA**
**Dati del Cedente:**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

 Data di nascita  
 (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

**Dati del Medico di fiducia**

Cognome e Nome: Dott. \_\_\_\_\_

Comune di: \_\_\_\_\_

Provincia di: \_\_\_\_\_

Il presente rapporto di visita medica (di seguito "RVM") 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. Una volta compilato, il presente RVM deve essere timbrato e firmato dal Medico di fiducia (eventuali spese sono a carico del Cedente) 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. Il presente RVM deve poi essere riconsegnato in busta chiusa al soggetto incaricato da Banca Sistema 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 RVM non può quindi essere anteriore di più di sei mesi rispetto alla data di prima erogazione del finanziamento.**

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

Firma del Cedente \_\_\_\_\_

**A) DICHIARAZIONI DEL CEDENTE COSTITUENTI LA BASE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**
**RISPONDERE ANALITICAMENTE AD OGNI DOMANDA - EVITARE TRATTI DI PENNA**

	Stato di Famiglia:	Se Viventi	Se Viventi	Se defunti:	Se defunti:	Se defunti:
		Età	Condizioni di salute o malattie in atto	Età alla morte	In quale anno	causa della morte
	Padre Madre Fratelli Sorelle Figli					
1	Si verificarono nella sua famiglia (anche in via collaterale): malattie cardiovascolari, diabete, malattie nervose o mentali, suicidio, tubercolosi, tumori maligni? Quali?			_____ _____ _____		
2	<b>Precedenti personali: Malattie, lesioni e disturbi sofferti dall'infanzia ad oggi (epoca, durata, esito)</b> 1) Malattie infettive: scarlattina, reumatismo articolare acuto, tubercolosi, sifilide, epatite virale. Quali? 2) Bronchiti, pleuriti, malattie polmonari e del sistema cardiovascolare, coliche epatiche o renali, ulcere gastro-duodenali, fistole, diabete, ipertensione, gotta, intossicazioni, malattie del sistema linfo-ghiandolare e malattie dell'occhio. Quali? Da quando? 3) Sono stati praticati esami del sangue? Quando, con quale risultato e per quali ragioni? Sono stati inoltre eseguiti la ricerca dell'AU e dell'HIV? Se sì, con quali risultati? Quando? 4) Ha subito traumi o lesioni accidentali? Quando? Con quali postumi?			1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____		

<p>5) Ha subito operazioni chirurgiche? Quali, quando, dove e da chi è stato operato? Con quali postumi?</p> <p>6) Ha mai sofferto o soffre di disturbi, quali ad es.: vertigini, convulsioni, insonnia, tosse, affanno, cardiopalmo, disturbi dell'appetito e della sete, sofferenze durante la digestione, vomito, diarrea, ematemesi, melena, disturbi della defecazione e della urinazione, ernie, emorroidi e malattie della pelle? Quali? Quando?</p> <p>7) Fa uso continuativo di farmaci? Di quali? Da quando? Per quali patologie?</p> <p>8) Ha effettuato trasfusioni di sangue o di emoderivati? Quando? Per quale motivo?</p> <p>9) E' stato sottoposto a terapie particolari: ormonali (es. insulina), cortisoniche, antiallergiche, radianti, ecc.? Per quale motivo? Quando?</p> <p>10) Ha praticato accertamenti diagnostici (radiografie, elettrocardiogrammi, ecografie, esami istologici, ecc.)? Quali? Per quali motivi? Con quale esito?</p> <p>11) E' stato ricoverato in case di salute, convalescenziari, ospedali? Dove? Quando? Per quale motivo?</p> <p>12) Il peso è negli ultimi mesi aumentato o diminuito? Di quanti Kg.?</p> <p>13) Si sente attualmente in perfetta salute?</p> <p>14) a) Chi è il suo medico abituale di famiglia?</p> <p>b) Quando lo consultò? Per quali motivi?</p> <p>c) Quali altri medici ha consultato? Per quali motivi? Quando?</p>	<p>6) _____</p> <p>7) _____</p> <p>8) _____</p> <p>9) _____</p> <p>10) _____</p> <p>11) _____</p> <p>12) _____</p> <p>13) _____</p> <p>14) a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>
<p>Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> per infortuni sul lavoro</p> <p><input type="checkbox"/> per malattie professionali</p> <p><input type="checkbox"/> per infortuni da attività sportive</p> <p><input type="checkbox"/> altre</p> <p>Da quando, grado di infermità, parte o organo leso:</p> <p>-----</p> <p>_____</p>
<p><b>3 Abitudini di Vita</b></p> <p>1) Ha fatto o fa abuso di bevande alcoliche?</p> <p>2) Ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?</p> <p>3) a) Fuma o ha fumato? <i>In caso affermativo</i></p> <p>b) In quale misura?</p> <p>c) Se ha fumato, ha smesso da più di dodici mesi?</p>	<p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>

4	<b>Precedenti Assicurativi</b> 1) Ha subito visite mediche a scopo di assicurazione Vita? Per quale Società? Quando? 2) Il contratto fu accettato a condizioni normali o con maggiorazioni di premio? 3) Oppure fu rifiutato o rinviato? Da quale Società? Per quali motivi?		1) _____ 2) _____ 3) _____
5	<b>Servizio Militare</b> 1) Venne dichiarato abile al servizio militare?  2) E' stato riformato? Per quale motivo?  3) Ha goduto o gode di pensione militare e di quale categoria? (specificare la motivazione)		1) _____  2) _____  3) _____
6	<b>Domande Speciali per le donne</b> 1) a) Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? b) Quali? 2) a) I parti e i puerperii sono stati normali? b) Ha avuto parti prematuri od aborti? Quanti? Quando? c) E' incinta? Di quanti mesi?  d) Ha malattie alle mammelle?  3) Trovasi nell'età critica? Quale ne è il comportamento?		1) a) _____ b) _____ 2) a) _____ b) _____ c) _____  d) _____  3) _____

**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 il Beneficiario della polizza al pericolo - in caso di premorienza del Cedente - di contestazione circa il pagamento della somma assicurata.

dichiara 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 tacito, 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.



**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.

In \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ **Firma del Cedente:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<b>Firma e timbro del Medico</b>	<b>Firma del Cedente alla presenza del Medico</b>
_____	_____

**B) DICHIARAZIONI DEL MEDICO**

1	1) Il medico è legato al Cedente da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia o di interesse?  2) E' medico di famiglia?  3) Come si è accertato dell'identità personale del Cedente?		1) _____  2) _____  3) _____
---	--	--	--

**RISULTATO DELL'ESAME OBIETTIVO PRATICATO AL CEDENTE**

1	<b>Condizioni Generali</b> 1) Mostra l'età indicata? 2) a) Colorito della pelle e delle mucose visibili b) Vi sono affezioni cutanee e dell'apparato linfoghiandolare esterno? c) Vi sono cicatrici? In quali regioni? Da quali lesioni? 3) Pannicolo adiposo 4) Alterazione delle ossa o delle articolazioni e loro cause, speciale riguardo a deformità toraciche, vertebrali, ecc.		1) _____ 2) a) _____ b) _____ c) _____ 3) _____ 4) _____
2	<b>Misure somatiche</b> (da verificare)		Altezza cm _____ Peso kg _____
3	<b>Collo</b>		
	1) Stato della ghiandola tiroide (se vi fosse ipertrofia indicare la consistenza, se è di vecchia data, stazionaria o progressiva).		1) _____

4	<b>Apparato respiratorio</b> 1) Presenta affezioni delle prime vie respiratorie? 2) Forma del torace (indicare se vi sono asimmetrie parziali o totali, se le due metà si espandono ugualmente e se vi sono alterazioni nella frequenza e nel ritmo del respiro) 3) Palpazione del torace 4) Percussione del torace 5) Ascoltazione del torace 6) Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato respiratorio	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____
5	<b>Apparato circolatorio</b> 1) Ispezione e palpazione (sede dell'itto, eventuali pulsazioni abnormi, ecc.) 2) Percussione della regione cardiaca (precisare i limiti superiore e destro dell'ottusità relativa quando l'area risulti ingrandita). 3) Ascoltazione del cuore (indicare se vi sono modificazioni dei toni e se vi fossero soffi, rumori, designarne con precisione la sede, il tempo nel quale si ascoltano, la qualità, la diffusione. Precisare se si tratta di rumori organici o funzionali). 4) Polso: frequenza (a riposo e dopo 10 flessioni), ritmo, ampiezza, tensione. 5) Pressione arteriosa Mx e Mn (indicare l'apparecchio usato e l'ora della misurazione) 6) Esame delle arterie e delle vene (arteriti, flebiti, varici, ecc.) 7) Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato circolatorio	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____
6	<b>Apparato Digerente</b> 1) Condizioni della bocca e della gola (lingua, denti, fauci) 2) Ispezione dell'addome 3) Palpazione dell'addome (ricercare accuratamente se vi sono punti dolenti alla pressione). 4) Esame del fegato (è palpabile, dolente, duro, bernoccolato)? In caso di alterazione indicare i limiti. 5) Grandezza della milza 6) Deduzioni ricavate dall'esame dell'apparato digerente	1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____
7	<b>Apparato Uro-genitale</b> 1) Vi sono elementi che facciano ritenere opportuno un esame urologico specialistico? Quali?	1) _____

8	<b>Sistema Nervoso</b> 1) Condizioni psichiche 2) Motilità (indicare specialmente se vi sono tremori, contratture, paralisi o paresi di gruppi muscolari e se vi sono disturbi nella stazione eretta e nel cammino) 3) Riflessi superficiali ed osteo tendinali (rotulei, achillei, ecc.) a) Vi è esoftalmo? b) pupille (forma e simmetria, reazione alla luce e all'accomodazione) c) disturbi della vista (in caso di notevole miopia e di ipermetropia indicarne il grado): 4) Orecchio: disturbi organici e funzionali; quali? 5) Deduzioni ricavate dall'esame del sistema nervoso, mentale e degli apparati visivo e auditivo		<ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> <li>a) _____</li> <li>b) _____</li> <li>c) _____</li> <li>• _____</li> <li>• _____</li> </ul>
9	<b>Per Donne</b> 1) Condizioni delle mammelle 2) Il medico fiduciario ritiene necessario un esame ginecologico per sospetto di alterazione degli organi genitali?		1) _____ 2) _____
10	<b>Conclusioni</b> 1) Tenuto conto di tutti i dati raccolti, qual è il giudizio diagnostico? 2) Qual è il giudizio prognostico? (rischio: buono, mediocre, cattivo?) 3) Quali altri esami ritiene necessari per una più esatta diagnosi e prognosi?		1) _____ 2) _____ 3) _____

Il sottoscritto dichiara di aver raccolto l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo del Sig. \_\_\_\_\_ con diligenza e precisione e si impegna a mantenere con chiunque il segreto sui risultati della visita praticata e sul giudizio da lui dato; consegna questo rapporto in busta chiusa soprafirmata al Cedente perché la faccia pervenire alla Contraente.

Comune \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_ in cui è stata fatta la visita

Domicilio \_\_\_\_\_

**OSSERVAZIONI**

---



---



---

**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 terzi<sup>1</sup>, 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 previsti<sup>2</sup> 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 sensibili<sup>3</sup> 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 trattamento<sup>4</sup>, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto<sup>5</sup>. 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, portabilità<sup>6</sup> od opporsi al loro trattamento<sup>7</sup> 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](mailto:DPO@societegenerale-insurance.it). Inoltre, potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo<sup>8</sup>. 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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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)

<sup>3</sup> Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art 9 par. 1 del Reg. UE 2016/679).

<sup>4</sup> In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: Assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

<sup>5</sup> ANIA, IVASS, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Unità di Informazione Finanziaria (UIF), Casellario Centrale Infortuni.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Diritti previsti e disciplinati agli artt. 15-21 del Reg. UE 2016/679

<sup>8</sup> Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il presente regolamento ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione. Sul sito del Garante per la protezione dei dati personali, al seguente link <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>, vengono fornite indicazioni per la presentazione di eventuali reclami alla suddetta autorità.

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

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

Firma del Cedente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**MODULO PER LE DICHIARAZIONI DEL CEDENTE**

CONVENZIONE N. CQP/2021/001 STIPULATA DA BANCA SISTEMA SPA. CON SOGECAP S.A. PER LA GARANZIA DECESSO DEI PROPRI CLIENTI SOTTOSCRITTORI DI FINANZIAMENTI RIMBORSABILI MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DELLA PENSIONE FINO AL QUINTO

**DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO**Numero di Contratto: ..... Importo del Montante: .....  
Durata di Rimborso (in mesi): ..... Importo della Rata di Rimborso: .....  
Data inizio del piano di ammortamento ..... Data scadenza del piano di ammortamento .....  
TAN..... %**DATI RELATIVI AL CEDENTE**Nome: ..... Cognome: .....  
Luogo di Nascita: ..... Data di Nascita (gg/mm/aa): .....  
Sesso: M  F   
Codice Fiscale: ..... Recapito Telefonico: .....  
Indirizzo: ..... Cap: .....  
Comune: ..... Prov: .....  
Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione) .....  
Recapito telefonico del Cedente.....  
Recapito telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela) .....  
Ente previdenziale.....  
Con sede in.....**DICHIARAZIONI DEL CEDENTE****Avvertenze: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; b) prima della sottoscrizione del Questionario medico o del Rapporto di Visita Medica il Cedente, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate; c) il Cedente può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I relativi costi saranno a suo carico.**➡ **Data (gg/mm/aa):** ..... **Firma (leggibile)** .....**CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE**Il sottoscritto, nella sua qualità di Cedente, ovvero di soggetto che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita, dichiara di aver ricevuto il documento informativo relativo al contratto di assicurazione sottoscritto da **Banca Sistema 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 Sistema 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 terzi<sup>1</sup>, 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 previsti<sup>2</sup> 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 sensibili<sup>3</sup> 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 trattamento<sup>4</sup>, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto<sup>5</sup>. 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, portabilità<sup>6</sup> od opporsi al loro trattamento<sup>7</sup> 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](mailto:DPO@societegenerale-insurance.it). Inoltre, potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo<sup>8</sup>. 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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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)

<sup>3</sup> Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art 9 par. 1 del Reg. UE 2016/679).

<sup>4</sup> In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: Assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

<sup>5</sup> ANIA, IVASS, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Unità di Informazione Finanziaria (UIF), Casellario Centrale Infortuni.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Diritti previsti e disciplinati agli artt. 15-21 del Reg. UE 2016/679

<sup>8</sup> Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il presente regolamento ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione. Sul sito del Garante per la protezione dei dati personali, al seguente link <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>, vengono fornite indicazioni per la presentazione di eventuali reclami alla suddetta autorità.

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

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

Firma del Cedente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## MODULO DI PROPOSTA

**CONVENZIONE N. CQP/2021/001 STIPULATA DA BANCA SISTEMA S.P.A. CON SOGECAP S.A. PER LA GARANZIA DECESSO DEI PROPRI CLIENTI SOTTOSCRITTORI DI FINANZIAMENTI RIMBORSABILI MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DELLA PENSIONE FINO AL QUINTO (di seguito, la "Convenzione")**

Data di ultimo aggiornamento: **09/05/2022**.

Dati relativi alla Contraente:

Denominazione sociale: **Banca Sistema S.p.A**

Sede legale: Via Largo Augusto 1/A ang. Via Verziere n.13, Milano, Partita IVA: 12870770158

Dati del legale rappresentante della Contraente:

Nome: Gianluca Cognome: Garbi

Luogo di Nascita: Milano (MI) Data di Nascita: 18/09/1970

Codice Fiscale: GRBGLC70P18F205D Recapito Telefonico: 02 802 801

Indirizzo per la carica: Via Largo Augusto 1/A ang. Via Verziere n.13

Comune: Milano Prov: MI Cap: 20122

### INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

In caso di estinzione anticipata, o di trasferimento del Finanziamento da parte del Cedente, 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 (diritti fissi)

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: 4%

## 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; d) 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".