

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

DOCUMENTO INFORMATIVO PER IL CEDENTE/DELEGANTE

ART. 1 – IMPRESA DI ASSICURAZIONE

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

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E DURATA

Il Contratto di Assicurazione è concluso a garanzia del prestito personale rimborsabile tramite cessione di quote dello stipendio fino al quinto ovvero tramite delega di pagamento (di seguito il “Finanziamento”) stipulato da Prestitalia S.p.A. (di seguito, la “Contraente”) con il proprio cliente persona fisica lavoratore dipendente di amministrazioni statali e pubbliche (es. Ministeri, Province, Regioni,...) o di aziende di diritto privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato (di seguito, il “Cedente/Delegante”). La copertura assicurativa copre il rischio di mancato adempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso del Finanziamento da parte del Cedente/Delegante in seguito al suo Decesso, avvenuto nel corso del periodo di durata della garanzia. La garanzia offerta dall'Assicuratore è valida senza limiti territoriali.

Per ciascun Finanziamento la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di prima erogazione dello stesso, a condizione che siano rispettate le formalità di ammissione richieste dal Contratto di Assicurazione.

La durata della copertura non può eccedere la durata del Finanziamento. In particolare, la garanzia rimane in vigore per tutto il piano di ammortamento del Finanziamento a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato e cesserà in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso di tale Finanziamento;
- in caso di estinzione anticipata/trasferimento del Finanziamento;
- in caso di Sinistro.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

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

- abbia sottoscritto un Finanziamento di nuova emissione, la cui durata sia compresa tra i 24 mesi e i 120 mesi e che preveda rate di rimborso mensili e il cui Montante non ecceda l'importo massimo di **€ 100.000** per i Finanziamenti garantiti mediante cessione di quote dello stipendio fino al quinto e l'importo massimo di **€ 40.000** per i Finanziamenti garantiti mediante Delega di pagamento;
- abbia fornito il proprio documento di identità e il proprio codice fiscale;
- abbia prestato per iscritto il proprio consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del codice civile, compilando e sottoscrivendo il Modulo per le dichiarazioni del Cedente/Delegante;
- soddisfi le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica.

Soddisfi i limiti assuntivi previsti dal Contratto di Assicurazione relativamente agli aspetti di seguito indicati:

- età massima del Cedente/Delegante alla scadenza del finanziamento;
- importo dello stipendio al netto delle trattenute;
- percentuale massima della trattenuta sullo stipendio;
- limite assoluto del montante lordo per Cessione/Delega.

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

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

Anche se non espressamente previsto dalle formalità di ammissione, il Cedente/Delegante può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. I relativi costi saranno a carico del Cedente/Delegante.

ART. 4 – PREMIO

La copertura è concessa dall'Assicuratore esclusivamente in favore della Contraente in relazione al Finanziamento. **Il premio per la copertura assicurativa è corrisposto dalla Contraente all' Assicuratore.**

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

ART. 5 – LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di Decesso del Cedente/Delegante prima del compimento del 75° anno, salvo quanto stabilito nei limiti e criteri assuntivi e nelle ipotesi di esclusione previste dal Contratto di Assicurazione e comunque prima della scadenza del Finanziamento oggetto della copertura assicurativa, la prestazione assicurata sarà corrisposta dall'Assicuratore alla Contraente in base alla procedura di liquidazione prevista nel Contratto di Assicurazione. **In caso di mancato pagamento dell'indennizzo, la Contraente potrà agire nei confronti degli eredi del Cedente/Delegante per il recupero delle rate del Finanziamento rimaste insolute.**

SOGECAP S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale
Jean-Manuel Mercier



**MODULO INFORMATIVO PER IL CEDENTE/DELEGANTE
- DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO -**

GENNAIO 2024

Gentile cliente, Le comunichiamo che la Legge 7 dicembre 2023, n. 193 recante "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" ha introdotto in Italia il c.d. "diritto all'oblio oncologico".

Per "diritto all'oblio oncologico" si deve intendere "il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica"

IL "DIRITTO ALL'OBLIO"

Potrà beneficiare del "diritto all'oblio oncologico":

- a) Se le è stata diagnosticata una **patologia oncologica prima dei 21 anni di età**:
- se la data di conclusione del trattamento attivo della patologia risale a più di 5 anni prima della data di compilazione del questionario anamnestico (Questionario medico – Rapporto di visita medica)
- e**
- se non si sono verificati episodi di recidiva della malattia.
- b) Se le è stata diagnosticata una **patologia oncologica dopo i 21 anni di età**:
- se la data di conclusione del trattamento attivo della patologia risale a più di 10 anni prima della data di compilazione del questionario anamnestico (Questionario medico – Rapporto di visita medica)
- e**
- se non si sono verificati episodi di recidiva della malattia.

I SUOI DIRITTI

In sede di compilazione del questionario medico o rapporto di visita medica la preghiamo di rispondere a tutte le domande. Se si trovasse in una delle condizioni di cui sopra, non sarà tenuto a fornire alcuna informazione relativa alle suddette patologie oncologiche, rispondendo "NO" alla domanda. Tuttavia, se per errore fornisce tali informazioni, le stesse non saranno utilizzate dall'Assicuratore per la valutazione del rischio e la determinazione delle condizioni contrattuali.

DICHIARAZIONI DEL CEDENTE/DELEGANTE IN MERITO AL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il sottoscritto dichiara:

- Di aver ricevuto prima della compilazione del Questionario medico o Rapporto di Visita medica il presente modulo contenente l'informativa circa il diritto all'oblio
- Di non aver riportato nel Questionario medico o Rapporto di Visita medica informazioni relative a patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva da più di 10 anni (5 anni nel caso di malattia oncologica insorto prima dei 21 anni di età compiuti).