

DOCUMENTO INFORMATIVO PER IL CEDENTE

Cessione del Quinto della Pensione

Condizioni di Assicurazione

Condizioni di Assicurazione relative alla Convenzione Assicurativa n. CQPAMPST20010 per la garanzia “Decesso” dei sottoscrittori di Finanziamenti rimborsabili mediante Cessione di quote della pensione fino al quinto 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: 17/04/2024

Condizioni di Assicurazione
riservate esclusivamente a Contratti di Cessione del Quinto della Pensione
promossi dagli Agenti Prestitalia ed erogati dalla Contraente
nell'ambito del collocamento della Copertura Assicurativa Vita CQP

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: 17/04/2024.

GLOSSARIO

Assicuratore: IptiQ Life S.A., Rappresentanza Generale per l'Olanda, iscritta in appendice all'Albo delle Imprese tenuto presso IVASS nell'elenco II al numero 01292.

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

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.

Beneficiario: la Contraente.

Broker: il soggetto che ha intermediato la presente Convenzione assicurativa.

Cedente (o Debitore o Pensionato): 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 oggetto del Contratto di Assicurazione.

Contraente: Prestitalia S.p.A., con sede legale in Via Stoppani, 15 – 24121 Bergamo (BG).

Credito Residuo: la somma delle

- rate aventi scadenza successiva al Sinistro (scontate al medesimo tasso di interesse convenuto fra la Contraente ed il Cedente per il Finanziamento stesso, ossia escludendo gli interessi percepiti dalla Contraente ai sensi del Finanziamento e gli oneri ricorrenti per maturazione), e delle
- rate sospese/accodate, ovvero rate non pagate totalmente o parzialmente, aventi scadenza antecedente al decesso, a seguito di sospensione temporanea del piano di ammortamento stesso o di riduzione temporanea dell'importo mensile della quota cedibile o di differimento dell'inizio del piano d'ammortamento.

Data di effetto del Finanziamento: data teorica di decorrenza del contratto di Finanziamento.

Data di Erogazione del Finanziamento: 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.

Firma Elettronica e/o Digitale: processo di firma elettronica avanzata (anche grafometrica) e/o firma elettronica qualificata e/o firma digitale, conforme alla normativa applicabile, anche con l'ausilio di enti certificatori.

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

Intervista Medica telefonica: processo di raccolta telefonica delle informazioni sullo stato di salute e le abitudini di vita, volto alla valutazione dell'assicurabilità del Cedente.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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, presta il consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati personali particolari con riferimento ai dati relativi alla salute, e rende le Dichiarazioni ivi contenute inerenti al proprio stato di salute.

Montante: 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.

Set informativo: l'insieme dei documenti che sono consegnati alla Contraente 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.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo (*p.e.: sito internet*) che, senza la presenza fisica e simultanea della Contraente e del Cedente, possa impiegarsi per raccogliere il consenso del Cedente alla stipulazione del Contratto di Assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Contratto è concluso a garanzia del Finanziamento concesso dalla Contraente al fine di coprire il rischio di mancato adempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso del Finanziamento in seguito al Decesso del Cedente, laddove questo sia 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 – FIRMA ELETTRONICA E/O DIGITALE

ART. 3.1 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

La copertura è 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 il cui montante complessivo non ecceda l'importo di € 100.000,00 da rimborsare in rate mensili;
- abbia fornito il proprio documento di identità e il proprio codice fiscale;
- abbia prestato per iscritto il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati personali particolari con riferimento ai dati relativi alla salute, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e alla stipulazione di un Contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, compilando e sottoscrivendo, anche mediante apposizione di Firma Elettronica e/o Digitale, il Modulo per le dichiarazioni del Cedente allegato;
- sia titolare di una pensione erogata dall'INPS o da altri enti previdenziali;
- abbia un'età, alla Data di effetto del Finanziamento indicata nel Certificato di polizza, inferiore a 84 anni e, al termine del Finanziamento, inferiore a 88 anni.
- renda all'Assicuratore dichiarazioni sul proprio stato di salute e le proprie abitudini di vita attraverso la compilazione e sottoscrizione delle Dichiarazioni contenute nel Modulo per le dichiarazioni del Cedente e sottoponendosi ad una Intervista Medica Telefonica effettuata dall'Assicuratore. Il Cedente che sia invalido e/o titolare di una pensione di invalidità o inabilità, è tenuto a comunicare all'Assicuratore tale circostanza mediante apposita dichiarazione resa nel Modulo per le dichiarazioni del Cedente. In tal caso, il Cedente è altresì tenuto a rilasciare all'Assicuratore copia del Certificato o Verbale di Prima Istanza accertante lo stato di invalidità/inabilità rilasciato dall'ente competente all'accertamento, nonché copia del Modulo OBIS/M. In assenza di tale documentazione non sarà possibile assumere pensioni di invalidità o inabilità.

In conseguenza dell'entrata in vigore della Legge n. 193/2023, articolo 2, che ha introdotto nell'ordinamento italiano, anche in relazione alla stipula e al rinnovo dei contratti assicurativi, il "diritto all'oblio oncologico", il Cedente ha il diritto di non fornire informazioni e/o di non essere sottoposto ad accertamenti riguardanti il proprio pregresso stato patologico oncologico in presenza delle seguenti condizioni congiunte:

- il trattamento terapeutico attivo si è concluso da più di 10 (dieci) anni alla data di sottoscrizione del Modulo per le dichiarazioni del Cedente (per "conclusione del trattamento terapeutico attivo" si intende la fine del trattamento oncologico attivo, in assenza di recidiva, effettuato mediante intervento chirurgico, radioterapia o chemioterapia in una struttura autorizzata, per cui non è necessario alcun ulteriore trattamento, salvo che si tratti di trattamenti permanenti); tale periodo è ridotto della metà (5 (cinque) anni) nel caso in cui la malattia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età;
- e
- non si è verificata alcuna recidiva (per "recidiva" si intende la ricomparsa dei disturbi di una malattia in via di guarigione o che sembrava apparentemente guarita).

In presenza delle condizioni mediche sopra menzionate, il Cedente non dovrà dichiarare la propria patologia oncologica, né fornire alcuna informazione relativa a tale patologia al momento della sottoscrizione del Modulo per le dichiarazioni del Cedente e beneficerà della copertura assicurativa senza alcun premio, costo o onere aggiuntivo, senza limitazioni e senza essere sottoposto a trattamenti diversi da quelli previsti dalla generalità degli Assicurati.

Di conseguenza, anche l'Assicuratore, in presenza delle predette condizioni, non potrà richiedere informazioni relative allo stato di salute del Cedente se affetto in precedenza da patologie oncologiche, né potrà richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari ai fini della stipula del Contratto di Assicurazione.

Tuttavia, qualora il Cedente fornisca tali informazioni erroneamente o qualora le abbia già fornite in precedenza, l'Assicuratore non ne terrà conto nella sua valutazione del rischio e nella determinazione delle condizioni contrattuali.

Qualora il Cedente non sia in grado di completare l'Intervista Medica Telefonica in maniera soddisfacente, l'Assicuratore indicherà di volta in volta delle modalità alternative di accertamento delle condizioni di salute medica.

All'esito della valutazione, l'Assicuratore, a sua esclusiva discrezione, può:

- accettare il rischio;
- accettare il rischio applicando un sovrappremio comunicando l'importo del medesimo, ferme le disposizioni sopra previste in riferimento al "diritto all'oblio oncologico", che si riportano di seguito per pronta evidenza:

"il Cedente ha il diritto di non fornire informazioni e/o di non essere sottoposto ad accertamenti riguardanti il proprio pregresso stato patologico oncologico in presenza delle seguenti condizioni congiunte:

- o *il trattamento terapeutico attivo si è concluso da più di 10 (dieci) anni alla data di sottoscrizione del Modulo per le dichiarazioni del Cedente (per "conclusione del trattamento terapeutico attivo" si intende la fine del trattamento oncologico attivo, in assenza di recidiva, effettuato mediante intervento chirurgico, radioterapia o chemioterapia in una struttura autorizzata, per cui non è necessario alcun ulteriore trattamento, salvo che si tratti di trattamenti permanenti); tale periodo è ridotto della metà (5 (cinque) anni) nel caso in cui la malattia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età;*

e

- o *non si è verificata alcuna recidiva (per "recidiva" si intende la ricomparsa dei disturbi di una malattia in via di guarigione o che sembrava apparentemente guarita).*

In presenza delle condizioni mediche sopra menzionate, il Cedente non dovrà dichiarare la propria patologia oncologica, né fornire alcuna informazione relativa a tale patologia al momento della sottoscrizione del Modulo per le dichiarazioni del Cedente e beneficerà della copertura assicurativa senza alcun premio, costo o onere aggiuntivo, senza limitazioni e senza essere sottoposto a trattamenti diversi da quelli previsti dalla generalità degli Assicurati.

Di conseguenza, anche l'Assicuratore, in presenza delle predette condizioni, non potrà richiedere informazioni relative allo stato di salute del Cedente se affetto in precedenza da patologie oncologiche, né potrà richiedere l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari ai fini della stipula del Contratto di Assicurazione.

Tuttavia, qualora il Cedente fornisca tali informazioni erroneamente o qualora le abbia già fornite in precedenza, l'Assicuratore non ne terrà conto nella sua valutazione del rischio e nella determinazione delle condizioni contrattuali";

- rifiutare l'assunzione del rischio;
- richiedere ulteriore documentazione medica e/o esami medici; in tal caso l'Assicuratore, esaminato il rischio, comunica, per il tramite del Broker, la propria decisione alla Contraente e in caso di sovrappremio, l'importo del medesimo. Se, entro 30 giorni dalla richiesta di ulteriore documentazione medica e/o di comunicazione del sovrappremio, l'Assicuratore non riceve riscontro scritto la domanda di copertura si intenderà respinta.

Dopo aver visionato la documentazione fornita dalla Contraente e valutato il rischio, in caso di esito positivo dell'Intervista Medica Telefonica, a premio di tariffa e/o in caso di sovrappremio qualora accettato dalla Contraente, l'Assicuratore invierà alla Contraente un Certificato di polizza, a conferma dell'accettazione in copertura del singolo Finanziamento.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o del Cedente (per quest'ultimo, nei limiti in cui tali dichiarazioni fossero conosciute o conoscibili, con la diligenza dovuta, dalla Contraente) 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. La Contraente dovrà avvertire il Cedente che tutti i relativi costi saranno a carico del Cedente cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

ART. 3.2 – FIRMA ELETTRONICA E/O DIGITALE

La Contraente, dotata di tecnologie e di procedure operative idonee, potrà – a scelta del Cedente – concludere il Contratto di Assicurazione in forma di documento informatico sottoscritto dal Cedente mediante utilizzo di Tecnica di comunicazione a distanza e apposizione di Firma Elettronica e/o Digitale.

L'utilizzo da parte dei Cedenti della modalità di soluzione di Firma Elettronica e/o Digitale, messa a disposizione dalla Contraente in conformità alla normativa applicabile, è disciplinato nell'Accordo Operativo.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA GARANZIA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 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 entro i termini contrattualmente previsti** e cesserà in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso di tale Finanziamento;
- al compimento di 88 anni di età del Cedente;
- in caso di estinzione anticipata/trasferimento del Finanziamento, come indicato al successivo articolo 5;
- in caso di Sinistro.

Per quanto riguarda i Finanziamenti già emessi e per cui è già stata accettata la copertura da parte dell'Assicuratore, la durata della garanzia può essere prolungata per un massimo di ulteriori 18 mesi in caso di sospensione temporanea del piano di ammortamento stesso o in caso di riduzione temporanea dell'importo mensile della quota cedibile o in caso di differimento dell'inizio del piano d'ammortamento. Se il Finanziamento non viene erogato entro 4 mesi dalla Data di effetto del Finanziamento indicata nel Certificato di polizza la copertura assicurativa non avrà efficacia e verrà considerata come mai emessa.

Il presente Contratto non prevede tacito rinnovo.

Il mancato pagamento del Premio, che si protragga per **140 giorni** successivi alla Data di effetto del finanziamento indicata nel Certificato di polizza, comporta la risoluzione della copertura assicurativa, fermo restando la sospensione della copertura in caso di mancato pagamento del Premio (così come previsto al successivo articolo 9 ed all'art. 1901 del Codice Civile).

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.

ART. 6 – DIRITTO DI RECESSO

Ai sensi dell'art. 177 del D.lgs 209/2005, la Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 giorni dal giorno in cui la Contraente ha ricevuto comunicazione della conclusione del Contratto tramite comunicazione di recesso da inviarsi a mezzo pec o a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento. L'Assicuratore rimborserà il premio (nel caso in cui questo sia già stato versato dalla Contraente), diminuito di € 50,00 (cinquanta) per spese di amministrazione.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

L'Assicuratore si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di Decesso del Cedente prima del compimento di 88 anni 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 Credito Residuo.

ART. 8 – ESCLUSIONI

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

- del dolo o di comportamenti fraudolenti della Contraente;
- del dolo del Cedente;
- 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 24 mesi successivi alla data di decorrenza della copertura, come indicata al precedente articolo 4.

Il consenso dell'Assicuratore alla conclusione del Contratto è condizionato alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate dal Cedente.

L'Assicurazione non viene prestata in caso di assenza di atto di benestare o nel caso in cui emergano altre posizioni debitorie o situazioni tali che impediscano la messa in quota dell'operazione CQP, pur in presenza di Certificato di polizza emesso.

Prestazione massima: la prestazione massima pagabile (in relazione al Contratto di Assicurazione e in aggregato rispetto ad eventuali ulteriori Contratti di Assicurazione tra l'Assicuratore e la Contraente relativi ad altri Finanziamenti sottoscritti dal Cedente) è di € 100.000,00.

ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO

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 del diritto all'indennizzo e ad individuare con esattezza l'importo dell'indennizzo ("Documentazione"), e in particolare:

- la denuncia del Sinistro con il numero del contratto di Finanziamento sottoscritto dal Cedente deceduto;
- l'ammontare esatto del Credito Residuo rilevato al momento del decesso del Cedente;
- il piano di ammortamento storico qualora siano state accodate delle quote;
- la copia del certificato di morte del Cedente, anche mediante stringa tabulato INPS.

Ricevuta tale documentazione l'Assicuratore procederà alla verifica del Sinistro, ferme restando le esclusioni di cui all'Art. 8; se dalla documentazione presentata, l'Assicuratore accerta l'obbligo di pagare la prestazione assicurata, l'Assicuratore provvederà alla liquidazione della prestazione assicurata e successivamente invierà al Beneficiario la quietanza entro 45 giorni dal ricevimento della Documentazione. La firma per accettazione di tale quietanza da parte del Beneficiario e l'avvenuto pagamento libererà l'Assicuratore da qualsiasi obbligo.

L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta, l'Assicuratore comunicherà tempestivamente alla Contraente la necessità di integrare la Documentazione.

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 45 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione completa.

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

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

- agire nei confronti del Beneficiario, dalla data del Sinistro, per il recupero dell'indennizzo pagato, nonché dei relativi interessi e spese, in caso di dolo o frode da parte del Beneficiario stesso;
- richiedere al Beneficiario la restituzione dell'importo liquidato, qualora, anche successivamente al pagamento della prestazione, ma non oltre 6 mesi dalla sua liquidazione, l'Assicuratore venga a conoscenza del fatto che il decesso del Cedente è conseguenza del suicidio occorso nei primi 24 mesi dalla data di copertura;
- 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, 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, a mezzo pec, 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, a mezzo pec, il cessionario dei rispettivi crediti ceduti quale nuovo Beneficiario, inviando all'Assicuratore una comunicazione, a mezzo pec, preventiva al perfezionamento della cessione, e successivamente, sempre a mezzo pec, 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 alternative modalità:

Posta raccomandata a/r: IptiQ Life S.A. c/o Kereis Italia S.A.S. Viale V. Lancetti, 43 - 20158 Milano

Pec all'indirizzo: kereisitalia@pec.actalis.it

Mail ordinaria all'indirizzo: reclami@kereisitalia.com

I reclami indirizzati all'Impresa contengono:

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

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

Il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente

trattato dall'Assicuratore, scrivendo a Ivass - Servizio tutela degli Utenti via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.421.33.353/745 - PEC: ivass@pec.ivass.it, nei seguenti casi:

- **reclami** per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del D. Lgs. n. 206/2005 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte di imprese di assicurazione e riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- **reclami** già inoltrati direttamente all'Assicuratore per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto).
- **reclami** inoltrati direttamente all'Assicuratore, qualora le richieste ivi contenute non siano state accolte in tutto o in parte; in questo caso, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà rivolgersi all'Ivass, o ricorrere a **sistemi alternativi di risoluzione delle controversie** quali:
 - a) la **mediazione civile** disciplinata dal D. Lgs. n. 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 dell'Assicuratore o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela; copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di 45 giorni e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente; ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. Il reclamo indirizzato ad Ivass può essere presentato utilizzando il modello presente sul sito www.ivass.it alla sezione "Per il Consumatore" - sottosezione "Come presentare un reclamo".

Il reclamante potrà inoltre rivolgersi per iscritto all'Autorità di Vigilanza corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.

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

ART. 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 – 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.

MODULO PER LE DICHIARAZIONI DEL CEDENTE

CONVENZIONE N. CQPAMPST20010

stipulata da Prestitalia S.p.A. con **iptiQ Life S.A. Rappresentanza Generale per l'Olanda** per la garanzia Decesso dei propri clienti sottoscrittori di Finanziamenti rimborsabili mediante Cessione di Quote della Pensione fino al Quinto

| | |
|--|--|
| DATI RELATIVI AL FINANZIAMENTO rilasciato da: | |
| Istituto bancario erogante: | C.F./P.IVA:..... |
| Sede legale: | |
| 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..... % TAEG.....% | |

| | |
|--|-----------------------------------|
| DATI RELATIVI AL CEDENTE | |
| Nome: | Cognome: |
| Luogo di Nascita: | Data di Nascita (gg/mm/aa): |
| Sesso: M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> |
| Codice Fiscale: | Recapito Telefonico: |
| Indirizzo: | Cap: |
| Comune: | Prov.: |
| Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione) | |
| Recapito telefonico del Cedente..... | |
| Recapito telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela) | |
| Ente previdenziale..... | C.F./P.IVA..... |
| Con sede in..... | |

| | |
|---|---|
| DICHIARAZIONI DEL CEDENTE | |
| 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 per il Cedente. | |
| ➡ Data (gg/mm/aa): | Firma (<i>leggibile</i>) |
| | o Firma Elettronica e/o Digitale |
| CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI PERSONALI PARTICOLARI | |
| 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, D.Lgs. 196/2003 come novellato dal D.Lgs. 101/2018), acconsente al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi i propri dati personali particolari con riferimento ai dati relativi alla salute, conferiti mediante il presente Modulo nonché attraverso l'espletamento delle formalità di ammissione previste (Dichiarazione sulla sussistenza o meno di uno stato di invalidità e sulla titolarità o meno di una pensione di invalidità o inabilità, Dichiarazioni sullo stato di salute del Cedente e Intervista Medica Telefonica), da parte dell'Assicuratore per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa. | |
| ➡ Data (gg/mm/aa): | Firma (<i>leggibile</i>) |
| | o Firma Elettronica e/o Digitale |
| CONSENSO ALLA STIPULA DI UN'ASSICURAZIONE SULLA VITA | |
| Il sottoscritto, dopo aver preso visione del documento informativo relativo al contratto di assicurazione sottoscritto da Prestitalia S.p.A. e dall'Assicuratore (iptiQ Life S.A.), consente alla 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 riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana. | |



Data (gg/mm/aa): _____ Firma (*leggibile*) _____
o Firma Elettronica e/o Digitale

Avvertenza – In caso di negazione del consenso alla stipulazione di un'assicurazione sulla propria vita e/o al trattamento dei dati personali e al trattamento dei dati personali particolari non sarà possibile finalizzare il rapporto legato al contratto di assicurazione.

Avvertenze: a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione; b) le informazioni rese dal Cedente inerenti al suo stato di salute e alle sue abitudini di vita devono corrispondere a verità ed esattezza; 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.

Il Cedente, guarito da una patologia oncologica, ha il diritto di non fornire informazioni, né subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, decorsi - alla data di sottoscrizione del presente Modulo - 10 anni dalla conclusione del trattamento attivo, in assenza di recidive. Questo periodo è ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima del compimento del 21° anno di età. Qualora tali informazioni siano state rese per errore, oppure siano già nella disponibilità dell'Assicuratore, l'Assicuratore stesso non ne terrà conto nella sua valutazione del rischio e nella determinazione delle condizioni contrattuali.

DICHIARAZIONE SULLA SUSSISTENZA O MENO DI UNO STATO DI INVALIDITA' E SULLA TITOLARITA' O MENO DI UNA PENSIONE DI INVALIDITA' O INABILITA'

Il sottoscritto dichiara di essere attualmente **INVALIDO**, di percepire **PENSIONE o ASSEGNO di INVALIDITA' o INABILITA'** per infortunio o malattia o di aver presentato domanda per ottenerla? SI NO

DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL CEDENTE

Il sottoscritto dichiara di:

1. essere attualmente sottoposto, **da più di 3 settimane consecutive**, ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio? SI NO
2. aver subito, **negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici** (*ad esclusione della asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o adenoidi, della cistifellea, di un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale, di una deviazione del setto nasale, di emorroidi o di vene varicose*) e/o di dover subire, a sua conoscenza, **un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi?** SI NO
3. essere stato colpito, **negli ultimi 10 anni, da una delle seguenti malattie?** SI NO
Infarto miocardico, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, malattie psiconeurologiche, insufficienza respiratoria, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale, malattie renali, diabete, epatite, cirrosi epatica, sieropositività HIV, malattie del sangue.
4. essere stato sottoposto **negli ultimi 10 anni** a qualsiasi trattamento attivo per la cura di **una patologia oncologia** o di una eventuale **recidiva?** (il termine **si riduce a "negli ultimi 5 anni"** nel caso di malattia insorta prima del 21° anno di età) SI NO
5. avere attualmente **una differenza tra altezza** (espressa in cm) e **peso** (espresso in kg) non compresa **nell'intervallo 80 – 120** (es. 180 – 85 = 95)? SI NO



Data (gg/mm/aa): _____ Firma (*leggibile*) _____
o Firma Elettronica e/o Digitale

FORMALITA' DI AMMISSIONE

L'Assicuratore raccoglie dal Cedente le informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita mediante la "Dichiarazione sulla sussistenza o meno di uno stato di invalidità e sulla titolarità o meno di una pensione di invalidità o inabilità" e le "Dichiarazioni sullo stato di salute del Cedente" sopra riportate ed eventualmente anche attraverso **INTERVISTA MEDICA TELEFONICA.**

L'Assicuratore potrà eventualmente contattare il Cedente al seguente recapito telefonico: _____

Il Cedente presta il consenso ad essere contattato telefonicamente dall'Assicuratore al numero telefonico sopra indicato ai fini dell'esecuzione dell'Intervista Medica Telefonica.

➔ **Data (gg/mm/aa):** _____ **Firma (*leggibile*)** _____
o Firma Elettronica e/o Digitale

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Chi siamo e come usiamo i suoi dati personali:

iptiQ Life S.A (iptiQ) è una compagnia assicurativa, con sede legale in 2 rue Edward Steichen, L-2540 Luxembourg (che agisce attraverso la sua sede olandese, la cui sede legale è in Capellalaan 65, 2132 JL Hoofddorp, Netherlands), autorizzata ad operare in Italia in Libera Prestazione di Servizi ed iscritta all'Albo delle imprese Ivass, Elenco II n. 01292 – codice impresa n. 40591.

In merito ai suoi dati personali, iptiQ è il titolare del trattamento dei dati al fine di offrire servizi e benefit legati ai prodotti assicurativi da Lei richiesti o offerti in suo favore, e per ogni altro scopo collegato a questi prodotti assicurativi, compresi fini di ricerca statistica e analitica, e, ove necessario, per adempiere agli obblighi legislativi e regolamentari. Per ogni altro scopo, ove richiesto e se del caso, La contatteremo per ricevere il suo consenso preventivo al trattamento dei suoi dati personali.

iptiQ prende sul serio la privacy e la sicurezza dei suoi dati personali e vuole assicurarLe che le sue informazioni saranno gestite in modo opportuno e protette. La preghiamo di leggere questa informativa con attenzione poiché spiega come iptiQ e eventuali terze parti accuratamente scelte usano i suoi dati personali.

Può chiedere ulteriori informazioni riguardo al trattamento dei suoi dati personali o sporgere reclamo riguardo il trattamento di essi utilizzando i seguenti canali:

Data Protection Officer (Responsabile della protezione dei dati)
iptiQ Life S.A.
Capellalaan 65
2132 JL Hoofddorp

E-mail: DPO_Contact@iptiQ.com

Perché abbiamo bisogno dei suoi dati personali:

Il conferimento dei suoi dati è facoltativo, ma necessario per il perseguimento delle finalità di erogazione di servizi connessi ai prodotti assicurativi da Lei richiesti o forniti a suo favore. Il mancato conferimento dei dati personali, inclusi i dati relativi alla salute ed i dati biometrici, potrebbe comportare l'impossibilità da parte nostra di fornire i servizi, i benefit e i prodotti assicurativi richiesti.

I dati personali particolari includono qualsiasi informazione personale che possa rivelare origini razziali o etniche, opinioni politiche, convinzioni religiose o filosofiche, o appartenenza sindacale, e il trattamento di dati genetici, dati biometrici allo scopo di identificare in modo univoco una persona fisica, dati riguardanti la salute o dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale di una persona fisica ai sensi dell'articolo 9 del regolamento 2016/679 (GDPR).

Con chi potremmo condividere le sue informazioni:

iptiQ utilizzerà i suoi dati personali all'interno della propria struttura aziendale e del gruppo Swiss Re, solo da parte dello staff responsabile della gestione del rapporto assicurativo in qualità di incaricati del trattamento, sia tramite computer e / o altri mezzi elettronici, sia su carta che, in ogni caso, attraverso strumenti adeguati per garantire la sicurezza e la riservatezza.

iptiQ potrebbe anche condividere le sue informazioni personali con:

- Altre organizzazioni al fine di prevenire, individuare o indagare su reati finanziari o frodi;
- Fornitori di servizi approvati e nominati, compresi quelli utilizzati per gestire le polizze;
- Altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali broker e intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione), che possono agire in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento;
- Banche e agenzie di credito;
- Le autorità legali e regolamentari competenti.

Per un elenco completo dei fornitori di servizi in outsourcing, la preghiamo di contattarci utilizzando i dettagli di contatto sopra.

Informazioni conferite su un terzo:

Se vengono fornite informazioni personali su un terzo, si conferma di avere il consenso del terzo a fornire tali informazioni e affinché le informazioni siano utilizzate come indicato nella presente informativa, e di aver fornito una copia di tale informativa al terzo.

Trasferimento di informazioni personali ad altri paesi:

Le sue informazioni personali potrebbero essere trattate in paesi al di fuori dell'Unione Europea (UE). Laddove avvenga un trasferimento dei suoi dati personali in paesi al di fuori dell'UE, garantiremo che il trasferimento avvenga in modo conforme alla normativa vigente e che siano state adottate le opportune misure di sicurezza e in conformità con i requisiti in materia di protezione dei dati. Il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dal GDPR anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

Conservare le sue informazioni personali:

Conserveremo e tratteremo le sue informazioni personali per il tempo necessario a soddisfare le finalità descritte nella presente Informativa sulla privacy a Lei fornita, e comunque non oltre i termini di prescrizione previsti dalla Legge ed in conformità alle regole dell'Autorità di Vigilanza di settore.

I suoi diritti:

Ha il diritto di richiedere l'accesso ai suoi dati personali, di averli corretti, cancellati, applicare limitazioni e / o opporsi al trattamento. Se le sue informazioni personali verranno trattate con il suo consenso, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento. La conseguenza potrebbe essere che iptiQ potrebbe non essere in grado di fornire i prodotti e i servizi da Lei richiesti.

Al fine di fornirLe un contratto di assicurazione, i suoi dati personali verranno utilizzati per mezzo di processi decisionali e di profilazione automatizzati. Per lo svolgimento di tali finalità, abbiamo necessità di ottenere il suo consenso, tuttavia, l'utilizzo di tecnologie è necessario, anche al fine di ridurre gli errori e aumentare il livello di servizio. L'assenza del consenso al processo decisionale automatizzato può impedire, pertanto, lo svolgimento del processo assuntivo necessario ai fini della presa in copertura.

Ha anche il diritto di richiedere una copia delle informazioni personali di cui iptiQ è in possesso su di Lei. Per effettuare una qualsiasi di queste richieste, La preghiamo di contattarci utilizzando i dettagli di contatto sopra.

Presentare un reclamo:

La invitiamo a portare alla nostra attenzione qualsiasi questione in merito alla quale non si ritiene soddisfatto. Può contattarci usando i dettagli di contatto forniti sopra.

Può anche presentare un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, contattando il:

Garante per la protezione dei dati personali

Piazza Venezia, 11

00187 Roma - Italia

Telefono: + 39-06-696771

Fax: + 39-06-696773785

E-mail: garante@gpdp.it