



Protezione CQP

Assicurazione sulla vita “Temporanea Caso Morte” connessa all'erogazione di Prestiti rimborsabili mediante cessione di quote della pensione fino al quinto

Mod. NVCQP01 – Ed. 02/2026

Prima della sottoscrizione leggere il set informativo, che prevede i seguenti documenti:

- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Vita
- Norme che regolano la Convenzione
- Norme che regolano il contratto di assicurazione - Condizioni di Assicurazione

Polizza Vita Cessione del Quinto della Pensione

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

Impresa che realizza il prodotto: NOBIS VITA S.p.A.
Prodotto: Protezione CQP

Data di aggiornamento: 10 febbraio 2026



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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza temporanea in caso di morte in forma collettiva, a premio unico e a capitale decrescente, abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione del quinto della pensione. È quindi una copertura assicurativa per il caso di decesso del debitore, ovvero della persona fisica con la quale l'ente erogatore ha stipulato o stipulerà un finanziamento.

Contraente della collettiva e beneficiario delle prestazioni assicurative è l'ente erogatore del finanziamento.



Che cosa è assicurato?/Quali sono le prestazioni?

In caso di decesso del cedente/assicurato nel corso della durata della copertura assicurativa, la Compagnia si impegna a corrispondere al Beneficiario:

- un capitale pari alla somma delle rate di competenza successive al decesso, risultanti dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, al netto degli interessi e degli ulteriori oneri non maturati, secondo quanto convenuto nel contratto di finanziamento.
- l'importo delle eventuali rate scadute ante decesso "piene" e quindi accodate: al lordo degli interessi e oneri.

Restano invece escluse eventuali rate di prestito insolite antecedenti il decesso non collegabili ad operazioni di prolungamento del piano.

Per ciascun Prestito, il limite massimo di capitale assicurato iniziale è quello corrispondente ad un montante lordo pari a € 75.000,00

prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa o il pagamento della prestazione espone Nobis Vita S.p.A. a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia. Eventuali modifiche derivanti da disposizioni delle Autorità di Controllo trovano automatica applicazione dalla data stabilita dalle Autorità stesse.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono coperti i rischi diversi dal decesso dell'assicurato (quali ad esempio invalidità e malattie gravi).

Non è assicurabile chi in base alle informazioni presenti sulla scheda di rilevazione dati:

- ✗ non sia residente nell'Unione Europea;
- ✗ non abbia sottoscritto una richiesta di finanziamento;
- ✗ non sia titolare di una pensione erogata dall'INPS o da altri enti di diritto italiano.

Inoltre non è assicurabile chi:

- ✗ non soddisfi i criteri assuntivi della Compagnia in merito alle condizioni di salute, valutati a seguito dell'espletamento delle formalità di assunzione medica;
- ✗ non abbia almeno 18 anni compiuti alla data di effetto riportata sul certificato di assicurazione;
- ✗ abbia un'età superiore a 83 anni compiuti alla data di effetto riportata sul certificato di assicurazione;
- ✗ abbia un'età superiore a 86 anni compiuti alla data di scadenza riportata sul certificato di assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa è esclusa nei seguenti casi:

- ! dolo o colpa grave del contraente o dell'assicurato;
- ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! decesso causato da eventi legati a rischi nucleari;
- ! dolo del Contraente, dell'Assicurato (rientrando espressamente in questa fattispecie anche il suicidio) o del Beneficiario;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato.

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Ai fini dell'ottenimento della copertura il contraente, tramite il canale di trasmissione specificamente concordato con la Compagnia, dovrà trasmettere la scheda rilevazione ed ogni altra documentazione prevista nelle condizioni di assicurazione e in ogni caso:
 - copia del documento di identità dell'assicurato in corso di validità;
 - consenso da parte dell'assicurato, ivi compresi i dati personali particolari con riferimento ai dati relativi alla salute, ai sensi dell'art.1919 del C.C., alla stipulazione di un contratto sulla propria vita ed al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679;
 - e, se necessario, documentazione sanitaria richiesta relativa all'assicurato.
- L'assicurato dovrà garantire che le informazioni inerenti allo stato di salute siano complete, esatte e veritiere al fine di non compromettere il diritto alla prestazione da parte del beneficiario.
- In caso di estinzione anticipata del finanziamento o di decesso dell'assicurato, il contraente dovrà informare la Compagnia entro 90 giorni dalla data in cui ne viene a conoscenza, utilizzando i canali di comunicazione definiti con la Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alla Compagnia di un premio unico da parte del contraente. La contraente è tenuta a versare l'importo dovuto relativo ad ogni singolo assicurato, entro 15 (quindici) giorni dall'emissione della richiesta effettuata dalla Compagnia anche per il tramite del Broker. Il versamento del premio dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario o altro mezzo messo a disposizione dalla Compagnia. L'ammontare del premio unico relativo a ciascun singolo assicurato è indicato sul certificato di assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto tra la Compagnia e il contraente è concluso alle ore 00:00 della data di stipula della Convenzione tra le parti e si rinnova automaticamente di anno in anno.

La durata della copertura è pari alla durata del finanziamento (durata minima di 24 mesi e di durata massima di 120 mesi).

Relativamente a ciascuna posizione assicurativa attivata all'interno del contratto stipulato tra Compagnia e il contraente:

- la copertura assicurativa produce i propri effetti dalle ore 00:00 del giorno di erogazione del finanziamento a condizione che venga pagato il relativo premio, che la Compagnia abbia emesso il relativo certificato di assicurazione e che non siano trascorsi più di 120 giorni dalla "Data effetto contratto" presente nel certificato di assicurazione;
- la data di decorrenza della singola copertura assicurativa coincide con la data di erogazione del finanziamento;
- la "Data effetto contratto", presente nel certificato di assicurazione, è quindi utilizzata esclusivamente per determinare il calcolo del premio e costituisce solo il riferimento per la validità degli accertamenti sanitari;
- la durata della copertura è pari alla durata del finanziamento;
- la durata del finanziamento e di conseguenza della copertura assicurativa può essere estesa rispetto a quella originariamente prevista nel caso di: differimento dell'inizio o sospensione temporanea dell'ammortamento, riduzione o sospensione temporanea della quota cedibile della pensione (accodamento).

Relativamente a ciascuna posizione assicurativa attivata all'interno del contratto stipulato tra Compagnia e il contraente, la copertura cessa:

- alle ore 24:00 della data di scadenza del finanziamento;
- alle ore 24:00 del giorno del compimento di 86 anni di età dell'assicurato, fatti salvi i casi di prolungamento del piano di ammortamento citati sopra;
- in caso di decesso dell'assicurato;
- In caso di estinzione anticipata del finanziamento.



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

Relativamente alla singola copertura assicurativa attivata:

- il Contraente può revocare la richiesta prima che questa venga accettata dalla Compagnia mediante comunicazione inviata alla Compagnia per il tramite del Broker, a mezzo P.E.C. e/o altro equipollente, contenente i dati identificativi dell'Assicurato e del Prestito;
- il Contraente può chiederne il recesso mediante comunicazione scritta da inviare alla Compagnia, per il tramite del Broker, entro 30 (trenta) giorni dalla data di erogazione del Finanziamento;
- il contraente può attivarne la risoluzione non effettuando il versamento del relativo premio.

Il contratto tra la Compagnia e il contraente potrà essere disdetto in ogni momento con un preavviso di 90 giorni rispetto alla scadenza dell'annualità di riferimento, fatta salva la possibilità per il contraente di risolvere la Convenzione in caso di revisione dei premi da parte della Compagnia. In caso di recesso potranno essere attivate coperture la cui Scheda Rilevazione dati sia stata sottoscritta antecedentemente la data di efficacia del recesso.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Non sono previsti riscatti o riduzioni di premio.

Polizza Vita Cessione del Quinto della Pensione

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

Impresa che realizza il prodotto: NOBIS VITA S.p.A.
Prodotto: Protezione CQP

Data di aggiornamento: 10 febbraio 2026



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle garanzie finanziarie, alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi e alla loro incidenza sulla performance del prodotto, nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Nobis Vita S.p.A. Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB) Tel. 039 9890.100 sito internet: www.nobis.it indirizzo di posta elettronica: info.vita@nobis.it, indirizzo pec: nobisvita@pec.it. L'impresa di assicurazione è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 19.04.1989 (G.U. della Repubblica Italiana N. 115 del 19.05.1989). Iscritta al numero 100080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 2497 e seguenti del c.c. e appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2024 ammonta a 39.296 migliaia di euro, di cui 33.704 migliaia di euro di capitale sociale e 5.592 migliaia di euro di riserve patrimoniali, comprensive di un utile di esercizio di 984 migliaia di euro. Il requisito patrimoniale richiesto ammonta a 16.595 migliaia di euro, il requisito patrimoniale minimo ammonta a 6.100 migliaia di euro ed i fondi ammissibili a copertura ammontano a 58.052 migliaia di euro; pertanto, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 349,82%. Per maggiori informazioni si rinvia alla relazione sulla solvibilità finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet www.nobis.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Protezione CQP è una Polizza vita temporanea caso morte connessa all'erogazione di prestiti rimborsabili mediante cessione di quote del quinto della pensione.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle indicate nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Decesso

Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle indicate nel DIP Vita.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto agli enti finanziatori che erogano finanziamenti contro cessione del quinto di quote della pensione ai sensi del D.P.R. n. 180 del 1950 (e successive modificazioni e integrazioni) e che ai fini dell'erogazione dei finanziamenti hanno la necessità, che gli stessi siano garantiti dal rischio di decesso dello stesso debitore. Il finanziamento non ha durata superiore a 120 mesi.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio relativo alla singola copertura assicurativa: i costi gravanti sul premio sono rappresentati nella tabella che segue:

Diritti fissi	Costi percentuali sul premio al netto dei diritti fissi
50,00 euro	17%

Spese amministrative di gestione della posizione assicurativa in caso di rimborso del premio derivante da estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento: 50,00 euro.

Costi per riscatto: non è previsto il riscatto.

Costi per erogazione della rendita: non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.

Costi per l'esercizio delle opzioni: non sono presenti opzioni contrattuali.

Costi di intermediazione: nella Tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari:

Costi gravanti sul premio	Misura costi	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
	Diritti fissi: 50,00 euro	0,00%
	Costi percentuali: 17,00%	52,94%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

IVASS o CONSOB

Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi:

- all'IVASS, via del Quirinale 21 - 00187 Roma - fax 06 421 33 206 - PEC ivass@pec.ivass.it secondo le modalità indicate al sito www.ivass.it
- alla Consob, per o soli reclami afferenti la corretta redazione dei Documenti contenenti le informazioni chiave (KID), via Giovanni Battista Martini 3 - 00198 Roma, secondo le modalità indicate al sito www.consob.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo

Presentando ricorso:

- all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:

- Arbitrato irrituale: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.

Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.nobis.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Eventuali reclami relativi la mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate. Si ricorda che resta salva la facoltà di adire l'autorità giudiziaria.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle coperture assicurative offerte da Nobis Vita S.p.A.: - la totale esenzione da imposte sui premi versati; - la totale esenzione da imposte della prestazione assicurata corrisposta ai Beneficiari. Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso in mancanza di recidive da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023 n.193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla legge 7 dicembre 2023 n. 193 e dai relativi decreti attuativi sono previsti termini inferiori indicati nella Tabella consultabile sul sito internet della Compagnia al seguente link: https://www.nobis.it/diritto-all'oblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI RESTITUIRE LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'ASSICURATO DEVE LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NELLA SCHEDA RILEVAZIONE DATI 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 SI POTRA' CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Edizione febbraio 2026

Condizioni che regolano la Convenzione
Condizioni Contrattuali di Assicurazione

Protezione CQP

Assicurazione sulla vita "Temporanea Caso Morte" connessa all'erogazione di prestiti rimborsabili mediante cessione di quote della pensione fino al quinto

Data di validità delle Condizioni di Assicurazione: 10 febbraio 2026

Sommario

GLOSSARIO	3
Sezione A - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE	
Art. 1 - DECORRENZA, DURATA E TERMINE DELLA CONVENZIONE SOTTOSCRITTA FRA LE PARTI	5
Art. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	5
Art. 3 - PRESTITI OGGETTO DELLA CONVENZIONE	5
Art. 4 - PERSONE ASSICURABILI (CEDENTI/ASSICURATI)	5
Art. 5 - IMPEGNI DEL CONTRAENTE	5
Art. 6 - ACCETTAZIONE DELLE RICHIESTE DI ASSICURAZIONE	6
Art. 7 - PREMIO E RELATIVO PAGAMENTO	6
Art. 8 - PAGAMENTI DELL'ASSICURATORE	7
Art. 9 - BENEFICIARIO	7
Art. 10 - ESTINZIONE ANTICIPATA DEL PRESTITO E RINEGOZIAZIONE	7
Art. 11 - RIVEDIBILITÀ DEI PREMI E DELLE TARIFFE	7
Art. 12 - RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	7
Art. 13 - CLAUSOLA BROKER	8
Art. 14 - FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE	8
Art. 15 - PRECISAZIONI	8
Art. 16 - INAPPLICABILITÀ DEGLI ARTT. 1341 e 1342 C.C.	8
Sezione B - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	
Art. 1 - BASE DELL'ASSICURAZIONE	9
Art. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
Art. 3 - RISCHI ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	9
Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE PER CIASCUNA SINGOLA APPLICAZIONE	11
Art. 5 - REVOCA DELLA PROPOSTA	11
Art. 6 - RECESSO	11
Art. 7 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE PER CIASCUNA SINGOLA APPLICAZIONE	11
Art. 8 - PREMIO DI ASSICURAZIONE E RELATIVO PAGAMENTO	11
Art. 9 - ESCLUSIONI	12
Art. 10 - DENUNCIA DEL SINISTRO	12
Art. 11 - TERMINE DI SCADENZA PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO	12
Art. 12 - PAGAMENTI DELL'ASSICURATORE	12
Art. 13 - BENEFICIARIO	12
Art. 14 - RECLAMI	13
Art. 15 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DEL CEDENTE/ASSICURATO	13
Art. 16 - RISCATTO, RIDUZIONE, PRESTITO	13
Art. 17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	13
Art. 18 - IMPOSTE	13
Art. 19 - MODIFICA DELLE CONDIZIONI	14
Art. 20 - FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE	14
Art. 21 - CONFLITTI DI INTERESSE	14
INFORMATIVA PRIVACY	15
PROCEDURA PREVENZIONI RISCHIO RICICLAGGIO E FINANZIAMENTO AL TERRORISMO	16
SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI	
RAPPORTO DI VISITA MEDICA	
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	

GLOSSARIO

APPLICAZIONE

La singola operazione cui si riferisce la garanzia oggetto della presente Convenzione, identificabile con la Scheda di Rilevazione Dati sottoscritta dal singolo Cedente/Assicurato ed accettata dall'Assicuratore.

ASSICURATORE

L'Impresa di assicurazioni Nobis Vita S.p.A., con sede in viale Colleoni 21, 20864 Agrate Brianza (MB).

ASSICURAZIONE O CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Contratto di Assicurazione stipulato tra il Contraente e l'Assicuratore secondo le condizioni della presente Convenzione.

BENEFICIARIO

Il soggetto a cui l'Assicuratore deve corrispondere l'indennizzo in caso di Sinistro.

BROKER

Kereis Italia S.A.S. con sede in Viale V. Lancetti, 43 - 20158 Milano.

CEDENTE/ASSICURATO

La persona fisica che ha stipulato con il Contraente un Contratto di Prestito rimborsabile mediante cessione di quote della pensione fino al quinto.

CEDUTO

L'Istituto di Previdenza Obbligatoria che eroga la pensione al Cedente e che è impegnato verso il Contraente, ai sensi della Legge 180, a versare a favore di questi la quota di pensione del Cedente/Assicurato.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Il documento attestante l'avvenuta accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore e che pertanto prova la stipula dell'Assicurazione secondo le condizioni della presente Convenzione.

CONTRAENTE

Colui che stipula la convenzione, eroga il prestito e paga il premio.

CONTRATTO DI PRESTITO O PRESTITO

Il contratto di finanziamento rimborsabile mediante cessione di pagamento di quote mensili della pensione.

DECESSO

La morte del Cedente/Assicurato.

FIRMA ELETTRONICA AVANZATA/ FIRMA ELETTRONICA QUALIFICATA/ FIRMA DIGITALE

Tipologie di firma elettronica disciplinate da D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005 e successive mm. e ii. (Codice dell'Amministrazione Digitale) e dal D.P.C.M. 22/03/2013 e successive mm. e ii. (Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71 del Codice dell'Amministrazione Digitale).

INDENNIZZO

La somma, dovuta dall'Assicuratore, in caso di Sinistro, al Beneficiario.

LEGGE "180"

Il DPR 05/01/1950 n. 180 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con DPR 28/07/1950 n. 895, integrato dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

MONTANTE LORDO

Somma delle rate di ammortamento del finanziamento, al lordo degli interessi.

PARTI

L'Assicuratore e il Contraente.

PREMIO

L'importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

RINNOVO DELL'OPERAZIONE DI CESSIONE

Operazione attraverso la quale viene rinegoziata la Cessione del Quinto in corso. Come previsto dall'Art. 39 della Legge "180" e s.m.i., il rinnovo della cessione del quinto si può ottenere solo se sono trascorsi almeno i primi 2/5 del piano di ammortamento originario, ossia quando sia stato rimborsato il 40% dell'importo totale del finanziamento.

In questo caso, con la rinegoziazione di un finanziamento, si attua contestualmente, da un lato l'estinzione anticipata della Cessione del Quinto in corso, prima della sua naturale scadenza, dall'altra l'erogazione di un nuovo finanziamento da estinguersi mediante cessione di quote della pensione fino al quinto.

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI

Modulo sottoscritto dal Cedente/Assicurato con la formale dichiarazione di consenso dello stesso alla stipula dell'Assicurazione, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1919 del Codice Civile nonché 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, che consente all'Assicuratore di prestare la copertura assicurativa secondo i termini della presente Convenzione.

SINISTRO

Il Decesso del Cedente/Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

T.A.N.

Tasso Annuale Nominale del finanziamento convenuto nel Contratto di Prestito.

Sezione A

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 1 - DECORRENZA, DURATA E TERMINE DELLA CONVENZIONE SOTTOSCRITTA FRA LE PARTI

La presente Convenzione decorre dalle ore 24:00 della data di decorrenza e rimarrà in vigore per 12 mesi a partire da tale data, intendendosi automaticamente rinnovata di anno in anno.

A ciascuna delle Parti è concessa facoltà di disdetta in ogni momento, tramite raccomandata A.R. o tramite PEC, da comunicarsi con un preavviso di 90 (novanta) giorni rispetto alla scadenza dell'annualità di riferimento, fatto salvo il termine ridotto di 60 (sessanta) giorni previsto a favore del Contraente dal successivo Art. 11 – RIVEDIBILITA' DEI PREMI E DELLE TARIFFE e fermo restando che sarà possibile assumere in Convenzione le richieste di copertura assicurativa con Scheda di Rilevazione Dati sottoscritta prima della data di efficacia della disdetta.

Le Applicazioni in essere al momento dell'efficacia della disdetta o del venir meno degli effetti della Convenzione per qualsiasi altra causa continueranno comunque ad essere valide sino alla loro scadenza contrattuale, restando pertanto invariati i diritti ed i doveri in capo alle Parti relativi alla permanenza in vigore delle stesse.

Art. 2 - OGGETTO DELLA CONVENZIONE

La presente Convenzione ha ad oggetto un Contratto di Assicurazione sulla vita "Temporanea Caso Morte", connesso alla stipulazione di Prestiti rimborsabili mediante cessione di quote della pensione fino al quinto, a copertura del rischio di inadempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate del Prestito in seguito unicamente al Decesso del Cedente/Assicurato.

Art. 3 - PRESTITI OGGETTO DELLA CONVENZIONE

Possono essere ammessi alla copertura assicurativa oggetto della presente Convenzione esclusivamente i Prestiti di durata minima di 24 mesi e di durata massima di 120 mesi – concessi dal Contraente a favore di soggetti titolari di una pensione erogata da INPS o da altri enti di diritto italiano.

Per ciascun Prestito, il limite massimo di capitale assicurato iniziale è quello corrispondente ad un Montante lordo pari a € 75.000,00 (settantacinquemila/00), dove per Montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del Prestito per il numero complessivo di rate previste.

Art. 4 - PERSONE ASSICURABILI (CEDENTI/ASSICURATI)

Possono essere ammessi alla copertura della presente Convenzione tutti i clienti del Contraente che, avendo sottoscritto con quest'ultimo un Contratto di Prestito ai sensi della Legge 180, abbiano compilato e sottoscritto la Scheda di Rilevazione Dati.

Condizioni necessarie all'entrata in copertura sono che il Cedente/Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti sottoindicati e, in particolare:

- sia residente nell'Unione Europea;
- abbia un'età inferiore a 83 anni alla data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza);
- abbia un'età inferiore a 86 anni al termine della durata prevista del Prestito;
- soddisfi i criteri assuntivi dell'Assicuratore in merito alle condizioni di salute, valutati attraverso l'espletamento delle formalità di assunzione medica.

Art. 5 - IMPEGNI DEL CONTRAENTE

Il Contraente provvederà a sottoporre ai propri clienti, ai fini della relativa sottoscrizione, la Scheda di Rilevazione Dati, finalizzata al formale consenso alla stipulazione di un Contratto di Assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'articolo 1919 Codice Civile, nonché 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 l'ulteriore documentazione prevista dalla vigente normativa di riferimento.

A discrezione del Contraente, che ne assume ogni responsabilità nei confronti dell'Assicuratore, la sottoscrizione della Scheda di Rilevazione Dati potrà essere effettuata anche mediante apposizione di Firma Elettronica Avanzata/Firma Elettronica Qualificata/Firma Digitale.

Nei casi di:

- prestito con importo del Montante lordo superiore a € 40.000,00 (quarantamila/00);
- età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito pari o superiore a 80 anni, eccetto in caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione;
- Cedente/Assicurato titolare di pensione di invalidità/inabilità;

il Contraente, oltre alla predetta Scheda di Rilevazione Dati, deve far compilare, datare e sottoscrivere dal Cedente/Assicurato e dal medico curante dello stesso il Rapporto di Visita Medica, in assenza del quale resta finora esclusa la valutazione circa la possibile assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore.

Le richieste di Applicazione vengono comunicate dal Contraente all'Assicuratore per il tramite del Broker,

attraverso flussi informatici che riportano, per ciascuna di esse, i seguenti dati:

- a) numero del Contratto di Prestito;
- b) nominativo, sesso, residenza, data e luogo di nascita, nonché codice fiscale del Cedente/Assicurato, con estremi del documento di riconoscimento;
- c) valore dell'importo erogato, pari al Montante lordo ovvero alla somma delle rate di restituzione del Prestito;
- d) indicazione della presenza della documentazione necessaria all'Assicuratore per la valutazione del rischio, in mancanza della quale il Cedente/Assicurato non è assicurabile;
- e) data di decorrenza "teorica";
- f) durata del Prestito.
- g) Tasso di ammortamento del prestito

Sempre per il tramite del Broker, il Contraente invia all'Assicuratore, in formato digitale, la seguente documentazione a corredo della richiesta di Applicazione:

- Scheda di Rilevazione Dati
- Rapporto di Visita Medica, ove richiesto, sottoscritto anche dal medico curante del Cedente/Assicurato
- Documento di identità in corso di validità e del codice fiscale
- Dichiarazione di quota cedibile e/o cedolino della pensione
- Verbale di prima istanza, in caso di invalidità/inabilità
- OBIS/M o documento equipollente dal quale sia rilevabile la tipologia di prestazioni pensionistiche percepite.

L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere eventuale ulteriore documentazione ai fini della valutazione del rischio.

Il Contraente si impegna alla conservazione degli originali di tutta la documentazione secondo le leggi vigenti e a renderli immediatamente disponibili all'Assicuratore dietro sua richiesta, senza formalità alcuna e senza alcun costo.

Il Contraente si fa carico di raccogliere, per ogni Cedente/Assicurato, il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla sua vita, ai sensi dell'art. 1919 del C.C. nonché il 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 di adempiere agli obblighi di informazione previsti dalla legge.

Art. 6 - ACCETTAZIONE DELLE RICHIESTE DI ASSICURAZIONE

Ricevuta la documentazione di cui al precedente Art. 5- IMPEGNI DEL CONTRAENTE, ove, al termine delle verifiche assuntive, l'operazione oggetto della richiesta di Applicazione soddisfa i criteri assuntivi disciplinati al successivo Art. 3 - RISCHI ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL CONTRATTO delle Condizioni di Assicurazione- Sezione B) Norme che regolano il Contratto di Assicurazione, il rischio si intende accettato, con l'emissione, da parte dell'Assicuratore, del Certificato di polizza.

In assenza del Certificato di polizza nessuna copertura potrà ritenersi attiva e, pertanto, nessuna prestazione potrà essere legittimamente pretesa da chiunque nei confronti dell'Assicuratore.

Art. 7 - PREMIO E RELATIVO PAGAMENTO

Il Contraente si impegna a versare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, un Premio unico per l'intera durata del singolo Prestito concesso al Cedente/Assicurato.

Il Premio unico di Assicurazione è determinato in base ai seguenti profili:

- durata del Contratto di Prestito;
- età (anni compiuti) del Cedente/Assicurato alla data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza);
- entità del capitale assicurato iniziale, identificato con il Montante lordo dell'operazione di Prestito.

Il premio complessivo sarà determinato sulla base delle condizioni della tariffa prevista dalla presente Convenzione, di cui all'allegato 1 – TABELLA DEI TASSI LORDI.

Di seguito sono esplicitate le singole componenti del Premio:

- premio puro: 83% (ottantatré per cento) del premio lordo al netto dei diritti fissi di € 50,00 previsti per spese di iniziale acquisizione;
- caricamenti: 17% (diciassette per cento) del premio al netto dei diritti fissi di € 50,00 previsti per spese di iniziale acquisizione;
- spese di iniziale acquisizione: diritti fissi di € 50,00.

Esempio:

- Premio unico anticipato: € 810,00 comprensivo di € 50,00 quali diritti fissi.
- Premio puro: € 630,80
- Spese di iniziale acquisizione: diritti fissi di € 50,00

L'Assicuratore invierà al Contraente, per il tramite del Broker, con frequenza mensile, un report riepilogativo dei Certificati di polizza in corso di validità, al fine di avere conferma dell'avvenuta erogazione del Prestito da parte del Contraente.

Le Applicazioni per le quali il Contraente confermi l'avvenuta erogazione saranno oggetto di richiesta premio e si considereranno in copertura dalla data di erogazione del Prestito.

Le Applicazioni per le quali il Contraente non confermi l'avvenuta erogazione entro il termine di 4 (quattro) mesi dalla data di decorrenza "teorica" indicata sul Certificato di polizza si considereranno prive di ogni effetto e i Certificati di polizza emessi verranno annullati d'ufficio dall'Assicuratore.

Si conviene tra le Parti di regolare i Premi dovuti dal Contraente all'Assicuratore con cadenza mensile; a tal proposito il Contraente è obbligato al pagamento dei Premi entro 15 (quindici) giorni dall'emissione della richiesta premio effettuata dall'Assicuratore, anche per l'eventuale tramite del Broker.

Art. 8 - PAGAMENTI DELL'ASSICURATORE

In caso di Decesso del Cedente/Assicurato, ed a condizione che non sussista alcuna delle cause di esclusione di cui all'Art. 9 - ESCLUSIONI delle Condizioni di Assicurazione - Sezione B) Norme che regolano il Contratto di Assicurazione, l'Assicuratore si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari alla somma delle rate residue di competenza del periodo successivo al Decesso, risultanti dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, al netto degli interessi e degli ulteriori oneri non maturati, secondo quanto convenuto nel Contratto di Prestito. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono sempre ed integralmente esclusi dal computo dell'Indennizzo.

Alla somma così determinata andranno aggiunti gli importi eventualmente accodati ai sensi dell'Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE delle Condizioni di Assicurazione - Sezione B) Norme che regolano il Contratto di Assicurazione. Restano invece escluse dalla prestazione da liquidare in caso di decesso eventuali rate di prestito insolute antecedenti il decesso non collegabili a operazioni di prolungamento del piano di ammortamento.

Qualunque sia il numero dei Prestiti di cui il Cedente/Assicurato è titolare, l'Indennizzo massimo pagabile dall'Assicuratore è pari a € 75.000,00.

Art. 9 - BENEFICIARIO

Il Contraente della presente Convenzione assume altresì la qualifica di Beneficiario della garanzia assicurativa che ne è all'oggetto: pertanto, rispetto a ciascuna Applicazione, la prestazione garantita, nei limiti di quanto dovuto a titolo di debito residuo del Prestito, verrà liquidata al Contraente stesso o a diverso Beneficiario dal Contraente indicato a seguito di cessione dei diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione.

Art. 10 - ESTINZIONE ANTICIPATA DEL PRESTITO E RINEGOZIAZIONE

In caso di estinzione anticipata, per qualunque causa (compresa la rinegoziazione), del Prestito, anche la garanzia assicurativa riferita alla specifica Applicazione si estinguerà anticipatamente, e l'Assicuratore si impegna a rimborsare al Contraente la parte di premio pagata e non goduta entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione dell'estinzione anticipata.

L'Assicuratore provvederà alla restituzione al Contraente della sola parte di Premio puro pagato (al netto dunque dei Caricamenti e degli eventuali diritti fissi di emissione), in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza originaria della copertura, con una trattenuta per spese di amministrazione e gestione pratica, secondo la seguente formula:

$$R = P(p) \times \left(1 - \frac{m}{n}\right) - S$$

dove:

R: importo da rimborsare

P(p): Premio puro pari al costo base della copertura vita al netto dei caricamenti e degli eventuali diritti fissi di emissione

n: Durata della copertura assicurativa inizialmente concordata espressa in mesi interi

m: Durata della copertura assicurativa goduta espressa in mesi interi (dato arrotondato per eccesso)

S: Spese di amministrazione pratica e rimborso pari a € 50,00 (cinquanta).

Il Contraente si impegna a comunicare mensilmente all'Assicuratore le operazioni estinte anticipatamente, comprese quelle rinegoziate.

Art. 11 - RIVEDIBILITÀ DEI PREMI E DELLE TARIFFE

L'Assicuratore si riserva di apportare variazioni (in aumento o in diminuzione) alle tariffe convenute, come stabilite nella tabella di cui all'allegato 1 - TABELLA DEI TASSI LORDI, in base alla documentazione statistica disponibile e in caso di evoluzioni o cambiamenti normativi o regolamentari, dandone comunicazione al Contraente con anticipo di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di effetto delle modifiche, ferma restando la facoltà del Contraente di accettare tali modifiche ovvero di risolvere la Convenzione.

In caso di risoluzione della Convenzione, le Applicazioni in vigore alla data della disdetta rimarranno in essere alle condizioni della presente Convenzione e fino alla loro naturale scadenza.

Art. 12 - RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Rispetto alle attività di trattamento dei dati personali dei Cedenti/Assicurati, poste in essere in esecuzione della presente Convenzione, il Contraente e l'Assicuratore agiranno in veste di titolari autonomi.

Ciascuno di essi risponderà delle conseguenze, di carattere patrimoniale e non, ascrivibili all'eventuale violazione delle prescrizioni di cui al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679) e alla normativa nazionale attuativa, occorse nell'esecuzione delle attività oggetto della presente Convenzione.

Il Contraente e l'Assicuratore riconoscono, anche per i propri dipendenti e/o collaboratori a qualsiasi titolo, il carattere confidenziale e riservato di qualsiasi informazione comunicata in esecuzione della Convenzione e conseguentemente si impegnano, sia durante il rapporto che successivamente in caso di sua cessazione a:

- non divulgare e/o non comunicare a terzi, né in tutto né in parte, né in forma scritta, né orale, né per mezzo di strumenti informatici, né magnetici, né in qualsiasi altra forma, ogni informazione trasmessagli dall'altra Parte senza il suo preventivo espresso consenso scritto;
- non utilizzare, né in tutto né parzialmente, qualsiasi informazione trasmessagli dall'altra Parte, per fini diversi dall'esecuzione della Convenzione.

Le misure a tutela della riservatezza di cui al presente articolo non si applicano:

- in caso di obblighi informativi nei confronti delle Autorità di Vigilanza e/o previsti dalle disposizioni di legge e regolamentari.
- a quelle informazioni che siano o diventino di dominio pubblico.

Gli obblighi di riservatezza di cui al presente articolo saranno validi per l'intera durata della Convenzione e anche nei 2 (due) anni successivi alla scadenza o cessazione della Convenzione.

Art. 13 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente Convenzione al Broker Kereis Italia S.A.S. e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti la presente Convenzione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker Kereis Italia S.A.S. il quale tratterà con l'Assicuratore.

Tutte le comunicazioni tra il Contraente e l'Assicuratore sono intermedie dal Broker Kereis Italia S.A.S., fatta eccezione per quelle riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che devono essere necessariamente comunicate direttamente dal Contraente all'Assicuratore.

Le comunicazioni del Contraente effettuate al Broker si considerano effettuate direttamente all'Assicuratore.

Il Broker si impegna a trasmettere tempestivamente al Contraente le comunicazioni ricevute dall'Assicuratore.

Il pagamento del premio al Broker Kereis Italia S.A.S. si considera effettuato direttamente all'Assicuratore ai sensi dell'art. 118 del D.lgs 209/2005.

Art. 14 - FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE

Per le controversie relative alla presente Convenzione, il Foro competente in via esclusiva è quello di Milano.

La presente Convenzione è disciplinata dalla legge italiana.

Art. 15 - PRECISAZIONI

La presente Convenzione sostituisce, a tutti gli effetti e integralmente, ogni precedente accordo, sia scritto che verbale, di pari oggetto intercorrente tra le Parti.

Si sottolinea che tutto ciò che differisce dai parametri assuntivi regolati dalla presente Convenzione deve essere sottoposto ad autorizzazione scritta da parte dell'Assicuratore.

Le Parti prendono atto che la TABELLA DEI TASSI LORDI è stata sviluppata su basi attuariali di mercato e pertanto il Contraente si impegna ad assicurare Prestiti con durata sino a 84 mesi compresi nel limite del 7,00% del totale dei Prestiti assicurati su base annua. Le Parti si riuniranno al fine di esaminare, in uno spirito di cooperazione, tutte le criticità che eventualmente dovessero insorgere, con cadenza semestrale dalla data di effetto della presente Convenzione, al fine di prendere tutte le decisioni ritenute necessarie laddove non venisse rispettato tale limite. Nel quadro di tali riunioni periodiche, l'Assicuratore potrà decidere, al fine di preservare l'equilibrio tecnico della presente Convenzione, di modificare i tassi di Premio indicati nell'Allegato 1 - TABELLA DEI TASSI LORDI per quanto concerne le nuove Applicazioni alla presente Convenzione Polizza, fermo il termine di preavviso all'Art. 11 - RIVEDIBILITA' DEI PREMI E DELLE TARIFFE.

La presente Convenzione viene redatta in duplice copia e firmata, ad un solo effetto, ad uso delle Parti.

Art. 16 - INAPPLICABILITÀ DEGLI ARTT. 1341 e 1342 C.C.

Le Parti si danno reciprocamente atto che la Convenzione è stata redatta di concerto tra loro, dopo adeguata valutazione da parte di ciascuna di esse dei propri diritti ed interessi, e che quindi devono intendersi ad essa inapplicabili gli articoli 1341 e 1342 c.c.

Sezione B NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni del Contraente ed alle dichiarazioni dei Cedenti/Assicurati.

Art. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il presente Contratto di Assicurazione è un'assicurazione Temporanea Caso Morte, connessa alla stipulazione di Prestiti rimborsabili mediante cessione di quote della pensione fino al quinto disciplinati dalla Legge 180, avente ad oggetto la copertura del rischio di inadempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso in seguito unicamente al Decesso del Cedente/Assicurato.

In caso di Decesso del Cedente/Assicurato, ed a condizione che non sussista alcuna delle cause di esclusione di cui al successivo Art. 9 - ESCLUSIONI, l'Assicuratore si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari alla somma delle rate residue risultanti dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, di competenza del periodo successivo al Decesso, al netto degli interessi e degli ulteriori oneri non maturati, secondo quanto convenuto nel Contratto di Prestito. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dal computo dell'Indennizzo.

Alla somma così determinata andranno aggiunti gli importi eventualmente accodati ai sensi dell'Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE che segue.

Qualunque sia il numero dei Prestiti di cui il Cedente/Assicurato è titolare, l'Indennizzo massimo pagabile dall'Assicuratore è pari a € 75.000,00.

Art. 3 - RISCHI ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il rischio di Decesso è coperto quale che sia la relativa causa, senza limiti territoriali.

Sono ammessi all'Assicurazione Prestiti di nuova emissione di durata minima di 24 mesi e di durata massima di 120 mesi.

Per ciascun Prestito, il limite massimo di capitale assicurato iniziale è quello corrispondente ad un Montante lordo pari a € 75.000,00 (settantacinquemila/00), dove per Montante lordo si intende il prodotto dell'importo della rata di restituzione del finanziamento per il numero complessivo di rate previste.

Il Cedente/Assicurato deve:

- essere residente nell'Unione Europea;
- essere il sottoscrittore del Prestito di nuova emissione;
- essere titolare di una pensione erogata dall'INPS o da altri enti di diritto italiano;
- avere un'età inferiore a 83 anni alla data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza) e un'età inferiore a 86 anni al termine del Prestito;
- fornire un documento di identità in corso di validità e il codice fiscale;
- fornire copia della dichiarazione di quota cedibile e/o del cedolino della pensione;
- prestare per iscritto, nella Scheda di Rilevazione Dati, il proprio consenso alla stipulazione del Contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile;
- prestare per iscritto, nella Scheda di Rilevazione Dati, il consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati personali particolari con riferimento ai dati relativi alla salute, ai sensi del Regolamento (UE) n. 2016/679;
- soddisfare i criteri assuntivi dell'Assicuratore in merito alle condizioni di salute valutata, attraverso l'espletamento delle formalità di assunzione medica di seguito indicate.

Con riferimento a ciascun Prestito, il Contraente deve presentare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, la Scheda di Rilevazione Dati compilata, datata e sottoscritta, anche mediante apposizione di Firma Elettronica Avanzata/Firma Elettronica Qualificata/Firma Digitale, dal Cedente/Assicurato.

Nel caso in cui il Cedente/Assicurato non sia residente nel territorio della Repubblica Italiana, si applica una riduzione della quota cedibile nella misura pari al 15%.

Le formalità di assunzione medica devono intendersi sulla base dei seguenti parametri:

In caso di operazione di CQP "senza rinnovo"

Età alla scadenza del Prestito	Montante lordo del Prestito	Formalità assunzione medica
< 80 anni	<= 40.000€	Contatto telefonico (Teleunderwriting)
Indipendentemente dall'età => 80 anni	> 40.000€ Indipendentemente dal ML	Rapporto di Visita Medica Rapporto di Visita Medica
Cedente/Assicurato titolare di pensione di invalidità/inabilità indipendentemente dall'età e dall'importo del Montante lordo		Rapporto di Visita Medica

Solo in caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione

Montante lordo del Prestito	Formalità assunzione medica
<= 40.000€	Contatto telefonico (Teleunderwriting)
> 40.000€	Rapporto di Visita Medica
Cedente/Assicurato titolare di pensione di invalidità/inabilità, indipendentemente dall'età e dall'importo del Montante lordo	Rapporto di Visita Medica

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"

Il Cedente/Assicurato può beneficiare del "diritto all'oblio oncologico" intendendosi per tale "il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica", in presenza delle seguenti condizioni congiunte:

- il trattamento attivo della patologia si sia concluso da più di 10 (dieci) anni dalla data di sottoscrizione della Scheda di Rilevazione Dati e, ove previsto, del Rapporto di Visita Medica; tale termine è ridotto a 5 (cinque) anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del 21° (ventunesimo) anno di età
- e
- non si sono verificati episodi di recidiva della malattia

fatto salvo per le patologie oncologiche, definite dal Ministero della Salute con decreto del 22/03/2024, per le quali si applicano termini inferiori rispetto ai suindicati 10 (dieci) o 5 (cinque) anni.

In riferimento alle patologie elencate nella tabella di cui all'Allegato I, parte integrante del decreto del Ministero della Salute, è previsto un termine ridotto per il maturarsi del diritto all'oblio oncologico come ivi indicato.

La tabella di cui all'Allegato I al decreto del 22/03/2024 del Ministero della Salute è acclusa alla Scheda di Rilevazione Dati. Tuttavia, se per errore il Cedente/Assicurato fornisse le informazioni in merito alla propria pregressa condizione patologica, le stesse non saranno utilizzate dall'Assicuratore per la valutazione del rischio e la determinazione delle condizioni contrattuali.

Pertanto:

a) in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con **Montante lordo del Prestito inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila) e con età del Cedente/Assicurato inferiore a 80 anni alla scadenza del Prestito**

oppure

b) in caso di **Rinnovo dell'operazione di Cessione con Montante lordo del Prestito inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito**

L'Assicuratore richiederà al Cedente/Assicurato di rispondere a domande sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita al fine di valutare l'assunzione del rischio; tali informazioni saranno acquisite attraverso contatto telefonico ai recapiti indicati nella Scheda di Rilevazione Dati stessa. L'Assicuratore, una volta acquisite tali informazioni, a suo insindacabile giudizio può:

1. accettare il rischio: in tal caso emette il Certificato di polizza;
2. rifiutare l'assunzione del rischio.

c) in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con **Montante lordo del Prestito superiore a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito**

oppure

d) in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con **età del Cedente/Assicurato pari o superiore a 80 anni di età alla scadenza del Prestito, indipendentemente dall'importo del Montante Lordo**

oppure

e) in caso di **Rinnovo dell'operazione di Cessione con Montante lordo del Prestito superiore a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito**

oppure

f) in tutti i casi di **Cedente/Assicurato titolare di pensione di invalidità/inabilità**

il Contraente deve far compilare, datare e sottoscrivere dal Cedente/Assicurato e dal medico curante dello stesso il Rapporto di Visita Medica ed inoltrarlo unitamente alla Scheda di Rilevazione Dati. L'Assicuratore, una volta ricevuta per il tramite del Broker tale documentazione, a suo insindacabile giudizio può:

1. accettare il rischio: in tal caso emette il Certificato di polizza;
2. rifiutare l'assunzione del rischio;
3. richiedere ulteriori notizie o accertamenti sanitari: in tal caso, una volta riesaminato il rischio, l'Assicuratore provvederà a comunicare tramite lettera o email (o altra modalità di comunicazione digitale) le proprie decisioni

e, nell'eventualità di aggravamento del rischio, indicherà l'importo del sovrappremio che il Contraente si obbliga a regolare; qualora, entro i termini di validità della documentazione presentata, il Contraente non dia o non intenda dare seguito alla richiesta dell'Assicuratore, la richiesta di ammissione alla copertura sarà considerata decaduta. In caso di accettazione con sovrappremio, la garanzia decorre dall'ultima delle seguenti date: 1) data di conferma scritta di accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore, con il rilascio del Certificato di polizza; 2) data di erogazione del Prestito.

Resta inteso che tutte le spese sanitarie sono a carico del Cedente/Assicurato.

Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE PER CIASCUNA SINGOLA APPLICAZIONE

Con riferimento a ciascun Prestito stipulato dal Contraente con il Cedente/Assicurato, rientrante nella copertura assicurativa, la garanzia decorre dalle ore 00:00 del giorno della prima erogazione del Prestito (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso) e rimane in vigore per tutta la durata del finanziamento come risultante dal piano di ammortamento.

Resta inteso fra le Parti che fra la data di emissione del Certificato di polizza e la data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza) non devono intercorrere più di 90 (novanta) giorni.

Il Prestito deve essere erogato entro 4 (quattro) mesi a partire dalla data di decorrenza "teorica" indicata nel Certificato di polizza. In caso contrario, l'Assicurazione si intenderà priva di effetto e il Certificato di polizza verrà annullato d'ufficio dall'Assicuratore.

La durata del piano di ammortamento può essere prolungata per:

- un massimo di ulteriori 12 (dodici) mesi, in caso di sospensione temporanea dell'ammortamento o in caso di differimento dell'inizio dell'ammortamento. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento.
- un massimo di 18 (diciotto) mesi, in caso di riduzione o sospensione temporanee della quota cedibile della pensione, con conseguente accodamento quote. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento.

Art. 5 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la richiesta di Applicazione per singolo Cedente/Assicurato prima che questa venga accettata dall'Assicuratore.

La revoca deve essere esercitata mediante comunicazione inviata all'Assicuratore per il tramite del Broker, a mezzo P.E.C. e/o altro equipollente, contenente i dati identificativi del Cedente/Assicurato e del Prestito.

Art. 6 - RECESSO

Il Contraente può recedere da ogni singola Applicazione mediante comunicazione scritta da inviare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, entro 30 (trenta) giorni dalla data di erogazione del Prestito.

Al ricorrere della circostanza di cui sopra e verificata l'assenza di qualsiasi denuncia di sinistro, l'Assicuratore provvede a restituire al Contraente, per il tramite del Broker, il Premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di iniziale acquisizione (diritti fissi), entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso.

Art. 7 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE PER CIASCUNA SINGOLA APPLICAZIONE

Con riferimento a ciascun Prestito stipulato dal Contraente con il Cedente/Assicurato, rientrante nella copertura assicurativa, la garanzia cessa in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso del Prestito;
- al compimento dell'86° anno di età del Cedente/Assicurato, salvo quanto previsto dal precedente Art. 4 – DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE;
- in caso di estinzione anticipata del Prestito;
- in caso di recesso;
- in caso di sinistro.

Art. 8 - PREMIO DI ASSICURAZIONE E RELATIVO PAGAMENTO

Il Contraente si impegna a versare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, un Premio unico per l'intera durata del singolo Prestito concesso al Cedente/Assicurato.

Il premio unico di assicurazione per ogni Cedente/Assicurato è determinato in base ai seguenti profili:

- durata del Contratto di Prestito;
- età (anni compiuti) del Cedente/Assicurato alla data di decorrenza "teorica" (comunicata dal Contraente all'Assicuratore ed indicata nel Certificato di polizza);
- entità del capitale assicurato iniziale, identificato con il Montante lordo dell'operazione di Prestito.

In caso di sopravvivenza del Cedente/Assicurato alla data di scadenza del Contratto, il Premio rimarrà integralmente acquisito dall'Assicuratore quale corrispettivo del rischio corso.

Il mancato pagamento del Premio determina l'inefficacia della copertura. Non è previsto il caso di riattivazione

dell'Applicazione per mancato pagamento del Premio.

Art. 9 - ESCLUSIONI

Costituiscono causa di esclusione della garanzia assicurativa:

- l'inesistenza del Contratto di Prestito;
- la mancata erogazione del finanziamento;
- la falsificazione dei documenti prodotti a corredo della Scheda di Rilevazione Dati.

Nei suddetti casi il Contraente ha comunque diritto di chiedere all'Assicuratore la restituzione del Premio eventualmente versato e non goduto.

Inoltre è escluso dalla garanzia il Decesso causato da:

- atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora il Cedente/Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- tutti i rischi nucleari;
- dolo del Contraente, del Cedente/Assicurato o del Beneficiario (rientrando espressamente in questa fattispecie anche il suicidio);
- partecipazione attiva del Cedente/Assicurato a delitti dolosi;
- incidente di volo, se il Cedente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo;
- partecipazione attiva del Cedente/Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato.

Art. 10 - DENUNCIA DEL SINISTRO

Verificatosi il Decesso del Cedente/Assicurato, il Contraente ha la facoltà di denunciare il Sinistro all'Assicuratore avvalendosi del tool di front end (sistema) messo a disposizione dal Broker, fornendo a corredo della denuncia i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, di seguito indicati:

- copia del Contratto di Prestito corrispondente al Cedente/Assicurato deceduto;
- l'ammontare esatto delle rate residue, rilevato al momento del Decesso, quale risulta dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, nonché delle rate rimaste totalmente o parzialmente insolute, scadute antecedentemente al Decesso, che hanno beneficiato dell'accodamento;
- il certificato di morte (originale o copia autentica) rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile competente;
- atto di benestare rilasciato dal Ceduto.

Senza il certificato di morte l'Assicuratore non effettuerà alcun pagamento per Sinistro.

Il Contraente si impegna alla conservazione degli originali di tutta la documentazione secondo le leggi vigenti e a renderli immediatamente disponibili all'Assicuratore dietro sua richiesta, senza formalità alcuna e senza alcun costo.

Art. 11 - TERMINE DI SCADENZA PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

Verificatosi il Decesso del Cedente/Assicurato, il Contraente/Beneficiario deve denunciarlo all'Assicuratore entro il termine di 90 (novanta) giorni dalla data in cui il Contraente ne viene a conoscenza. Decorso tale periodo senza che si sia provveduto a darne comunicazione all'Assicuratore, quest'ultimo potrà tenere conto, nella determinazione dell'Indennizzo, dell'eventuale pregiudizio sofferto in ragione della denuncia tardiva.

Art. 12 - PAGAMENTI DELL'ASSICURATORE

In caso di Decesso del Cedente/Assicurato, ed a condizione che non sussista alcuna delle cause di esclusione di cui al precedente Art. 9 - ESCLUSIONI, l'Assicuratore si impegna a corrispondere al Beneficiario un capitale pari alla somma delle rate residue risultanti dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, di competenza del periodo successivo al Decesso, al netto degli interessi e degli ulteriori oneri non maturati, secondo quanto convenuto nel Contratto di Prestito. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dal computo dell'Indennizzo.

Alla somma così determinata andranno aggiunti gli importi eventualmente accodati ai sensi del precedente Art. 4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE. Restano invece escluse dalla prestazione da liquidare in caso di decesso eventuali rate di prestito insolute antecedenti il decesso non collegabili a operazioni di prolungamento del piano di ammortamento.

Qualunque sia il numero dei Prestiti di cui il Cedente/Assicurato è titolare, l'Indennizzo massimo pagabile dall'Assicuratore è pari a € 75.000,00.

L'Assicuratore esegue il pagamento il 30° giorno del mese successivo al ricevimento della documentazione completa di cui all'Art. 10 - DENUNCIA DEL SINISTRO; trascorso tale periodo sono dovuti gli interessi di mora, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice al tasso legale in vigore.

Art. 13 - BENEFICIARIO

Il Beneficiario delle prestazioni assicurate è il Contraente, che metterà l'importo incassato a decurtazione dei propri crediti verso il Cedente/Assicurato derivanti dal Prestito rimborsabile mediante cessione del quinto della pensione. Il Contraente potrà cedere a terzi i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione, così come potrà vincolare a favore di terzi tali diritti.

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

Nel caso di cessione, ai sensi della Legge n. 130/1999, da parte del Contraente di crediti derivanti dai finanziamenti ed assistiti dal Contratto di Assicurazione, il Contraente indicherà all'Assicuratore il cessionario dei rispettivi crediti ceduti quale nuovo Beneficiario, inviando all'Assicuratore una comunicazione preventiva ("Comunicazione

Preventiva") al perfezionamento della cessione, e successivamente l'elenco dei crediti ceduti oggetto del Contratto di Assicurazione.

Art. 14 - RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

- Ufficio Reclami Nobis Vita – Viale Colleoni 21 – 20864 Agrate Brianza
Fax: 039652212
E-mail: reclami.vita@nobis.it – PEC: nobisvita.reclami@pec.it

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami di Nobis Vita con sede in Agrate Brianza Viale Colleoni 21

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:

- Via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- Via fax 06 42133206;
- Via Pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it;

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito sarà possibile reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione avente sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it

Segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, l'interessato potrà avvalersi del seguente sistema alternativo di risoluzione delle controversie:

Mediazione per la conciliazione delle controversie

In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.

Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

E' fatta salva la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria. Si ricorda che i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria non rientrano nella competenza dell'IVASS.

Maggiori informazioni riguardanti la trasmissione di un reclamo possono essere reperite direttamente sul sito dell'IVASS (www.ivass.it) nella sezione rubricata "Per il consumatore".

Art. 15 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DEL CEDENTE/ASSICURATO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o del Cedente/Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio 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. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dall'Assicuratore all'atto della sottoscrizione della Scheda di Rilevazione Dati, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 16 - RISCATTO, RIDUZIONE, PRESTITO

Il presente Contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto e in caso di sopravvivenza del Cedente/Assicurato alla data di scadenza dell'Applicazione, questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti dall'Assicuratore.

Art. 17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto, valgono le vigenti disposizioni di Legge.

Art. 18 - IMPOSTE

Il presente Contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia. Allo stato della normativa, il Premio della garanzia prestata con il presente Contratto non è soggetto ad imposta.

Art. 19 - MODIFICA DELLE CONDIZIONI

Eventuali modifiche alle presenti Condizioni di Assicurazione dovranno essere accettate da entrambe le Parti e formalizzate a mezzo di apposite Appendici.

Art. 20 - FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE

Per le controversie relative alla presente Convenzione, il Foro competente in via esclusiva è quello di Milano. Il presente Contratto di Assicurazione è disciplinato dalla legge italiana.

Art. 21 - CONFLITTI DI INTERESSE

Non sussistono ipotesi di conflitto di interessi. Qualora non sia possibile evitare situazioni in cui l'Impresa abbia in via diretta o indiretta un conflitto di interesse, l'Impresa ha previsto l'adozione di idonee misure organizzative volte ad evitare e, se non possibile, a limitare tali conflitti operando in ogni caso in modo da non recare pregiudizio ai contraenti e nell'ottica di ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'Art.13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO NOBIS VITA S.p.A.

Via Colleoni 21, 20864, Agrate Brianza MB
e-mail: info.vita@nobis.it
("Società").

RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI (DPO) PARTNERS4INNOVATION S.r.l.

e-mail: dpo@nobis.it

CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

- Nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza, numero del documento d'identità, sesso (dati "comuni");
- Dati relativi alla salute (categorie particolari di dati, ex dati "sensibili").

FONTE DEI DATI

I dati sono raccolti, oltre che direttamente presso l'interessato (direttamente da lui forniti), anche da Società del Gruppo, intermediari o broker assicurativi che lavorano per la Società.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
Consentire la gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in relazione ai servizi assicurativi offerti (attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione, valutazione del rischio assicurato e gestione o liquidazione dei sinistri, ecc.)	Esecuzione di un contratto di cui Lei è parte.	Durata contrattuale e, dopo la cessazione, per il periodo di prescrizione ordinario pari a 10 anni. Nel caso di contenzioso giudiziale, per tutta la durata dello stesso, fino all'esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione.
Adempiere ad obblighi previsti da regolamenti e dalla normativa nazionale e sovranazionale applicabile.	Necessità di assolvere gli obblighi di legge.	
Se necessario, per accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare in sede giudiziaria	Interesse legittimo.	
Recupero crediti stragiudiziale	Interesse legittimo.	

Decorsi i termini di conservazione sopra indicati, i Dati saranno distrutti, cancellati o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.

DESTINATARI DEI DATI

I dati possono essere trattati da soggetti esterni operanti in qualità di titolari quali, a titolo esemplificativo, IVASS; COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate, medici fiduciari e autorità ed organi di vigilanza e controllo ed in generale soggetti, pubblici o privati, legittimati a richiedere i dati. I dati possono altresì essere trattati, per conto della Società, da soggetti esterni designati come responsabili, a cui sono impartite adeguate istruzioni operative.

SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO

I dati potranno essere trattati dai dipendenti delle funzioni aziendali deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI IN PAESI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA

Non sono previsti trasferimenti di dati fuori dall'Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO - RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

Contattando NOBIS VITA via e-mail all'indirizzo info.vita@nobis.it, gli interessati possono chiedere al titolare l'accesso ai dati che li riguardano, la loro cancellazione, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione dei dati incompleti, la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 GDPR, nonché l'opposizione al trattamento, per motivi connessi alla propria situazione particolare, nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare.

Gli interessati, inoltre, nel caso in cui il trattamento sia basato sul consenso o sul contratto e sia effettuato con strumenti automatizzati hanno il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti.

Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiedono abitualmente o lavorano o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

Persone Politicamente Esposte

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs 21 novembre 2007, n. 231, rientrano nella categoria di persona politicamente esposta le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) Sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di
 - a. Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati Esteri;
 - b. deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - c. membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - d. giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - e. membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - f. ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle Forze Armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - g. componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato Italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - h. direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - i. direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.
- 2) Sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - a. Le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
 - b. Le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Obblighi di astensione

(D.Lgs 231/2007, Articolo 23)

Quando gli enti o le persone soggette al Decreto non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela, non possono instaurare il rapporto continuativo né eseguire operazioni o prestazioni professionali ovvero pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere e valutano se effettuare una segnalazione alla UIF, a norma del Titolo II, Capo III del Decreto. Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente a rapporti continuativi già in essere, operazioni o prestazioni professionali in corso di realizzazione, gli enti o le persone soggette al Decreto restituiscono al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su conto corrente bancario indicato dal Cliente stesso. Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al cliente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Obblighi del cliente

(D.Lgs 231/2007, Articolo 22)

I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

Titolare Effettivo

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera pp) del D.Lgs 21 novembre 2007, n° 231, si definisce titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato. La prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

L'articolo 20 del D.Lgs 21 novembre 2007, n° 231 stabilisce i criteri per la determinazione della titolarità effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche come segue:

- 1) Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo;
- 2) Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a. Costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25% del capitale del

- cliente, detenuta da una persona fisica;
- b. Costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25% del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
- 3) Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
- a. Del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
- b. Del controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
- c. Dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
- 4) Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
- 5) Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n°361, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
- a. I fondatori, ove in vita;
- b. I beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
- c. I titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

Restrizioni internazionali - Inefficacia del contratto

In nessun caso gli assicuratori/riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI

Assicurazione Temporanea Caso Morte connessa a prestiti rimborsabili mediante cessione del quinto della pensione

stipulata da _____ con Nobis Vita S.p.A.

N° Convenzione _____

Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

■ DATI DEL CEDENTE/ASSICURATO

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ Prov./Nazione _____

Documento di riconoscimento (allegato copia leggibile) _____ Num. Documento _____

Data rilascio _____ Luogo di emissione _____

Recapito Telefonico del Cedente _____

Recapito Telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela) _____

Ente Pensionistico _____

Con sede in _____

■ DATI SUL PRESTITO

Pratica n° _____ Durata mesi _____ Decorrenza _____ Scadenza _____ TAN _____

Rata mensile Euro _____ Montante lordo (uguale alla somma delle rate) Euro _____

Rinnovo dell'operazione di Cessione ☐ SÌ ☐ NO

■ CONTRAENTE E BENEFICIARIO

CONTRAENTE _____

BENEFICIARIO (se diverso dal Contraente) _____

■ DICHIARAZIONE DEL CEDENTE/ASSICURATO

Il Sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione di quote della pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche, ai sensi dell'artt.1269 e 1723 Il comma del Codice Civile, dopo aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione:

- presta il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita le coperture assicurative previste nella Convenzione stipulata tra il Contraente e Nobis Vita S.p.A.;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di Nobis Vita S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali Nobis Vita S.p.A. riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

Firma

Luogo e data _____

■ AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente/Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute del Cedente/Assicurato, che devono corrispondere a verità ed esattezza.
- prima della sottoscrizione del Rapporto di Visita Medica, il Cedente/Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese.
- Il Cedente/Assicurato può beneficiare del "diritto all'oblio oncologico" ai sensi della Legge 07/12/2023, n. 193 recante "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" e del Decreto 22/03/2024 del Ministero della Salute, fermo restando che se per errore fornisce le informazioni sulla propria pregressa condizione patologica, le stesse non sono utilizzate dall'Assicuratore per la valutazione del rischio e la determinazione delle condizioni contrattuali.
- Il Cedente/Assicurato può in ogni caso chiedere di essere sottoposto a visita medica, con evidenza del costo a suo carico.

DICHIARAZIONE DEL CEDENTE/ASSICURATO SULLA SUSSISTENZA O MENO DI UNO STATO DI INVALIDITÀ E SULLA TITOLARITÀ O MENO DI UNA PENSIONE DI INVALIDITÀ O INABILITÀ

Il sottoscritto Cedente/Assicurato dichiara di:

a) essere invalido?

☐ SÌ ☐ NO

b) essere titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità, o di aver presentato domanda per ottenerla?

☐ SÌ

☐ NO

Firma

Data _____

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

- In caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con importo del Montante lordo inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila) e con età del Cedente/Assicurato inferiore a 80 anni alla scadenza del Prestito
- In caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione con importo del Montante lordo inferiore o pari a € 40.000,00 (quarantamila) indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito

- L'Assicuratore raccoglie dal Cedente/Assicurato le informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita mediante contatto telefonico. L'Assicuratore contatta il Cedente/Assicurato al seguente recapito telefonico, in un giorno ferialo nella fascia oraria di seguito indicata come preferita:

NUMERO TELEFONICO _____

FASCIA ORARIA PREFERITA: ☐ MATTINO ☐ POMERIGGIO/SERA ☐ INDIFFERENTE

- In caso di operazione di CQP "senza rinnovo" o in caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione con importo del Montante lordo superiore a € 40.000,00 (quarantamila), indipendentemente dall'età del Cedente/Assicurato alla scadenza del Prestito
- In caso di operazione di CQP "senza rinnovo" con Età del Cedente/Assicurato pari o superiore a 80 anni all'età alla scadenza del Prestito, indipendentemente dall'importo del Montante lordo
- in caso di operazione di CQP "senza rinnovo" o in caso di Rinnovo dell'operazione di Cessione qualora il Cedente/Assicurato abbia risposto positivamente anche ad una sola delle domande di cui alla "Dichiarazione del Cedente/Assicurato sulla sussistenza o meno di uno stato di invalidità e sulla titolarità o meno di una pensione di invalidità o inabilità"

- L'Assicuratore raccoglie dal Cedente/Assicurato le informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita mediante la presentazione del Rapporto di Visita Medica compilato, datato e sottoscritto dal Cedente/Assicurato e dal Medico curante del Cedente/Assicurato stesso.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 E 14 REGOLAMENTO (UE) 2016/679)

Io sottoscritto, dopo aver letto e compreso le finalità di trattamento dei dati da parte di Nobis Vita S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, come indicato nelle Informazioni sul Trattamento dei dati personali, contenute nelle Condizioni di Assicurazione a me consegnate, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, in piena libertà, esprimo il consenso al trattamento dei dati particolari che mi riguardano, ivi compresi quelli da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, sia nella presente Scheda che attraverso il contatto telefonico, apponendo il segno "X" nella casella affermativa (esempio ☒).

Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto legato al contratto di assicurazione.

FINALITÀ DI TRATTAMENTO

Per finalità connesse all'esecuzione del contratto di assicurazione

☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

Cedente/Assicurato (Nome e Cognome) _____

Firma

Luogo e data _____

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 22 marzo 2024.

Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a) , e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023.

ALLEGATO /

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni – uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Informazioni sul Cedente/Assicurato

Cognome e Nome del Cedente/Assicurato _____

Data di nascita _____

Documento di riconoscimento _____ Num. Documento _____

PARTE I: DICHIARAZIONI DEL CEDENTE/ASSICURATO RACCOLTE DAL MEDICO

Note: Patologie per le quali non è richiesta la dichiarazione ai fini del presente Rapporto di Visita Medica (*)

(1) Ai sensi della Legge n.193 del 7/12/2023 "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche", rispondere **NO** in caso di malattie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 (dieci) anni o 5 (cinque) anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del 21° anno di età, o dal minor termine previsto per le patologie indicate nel Decreto del Ministero della Salute del 22/03/2024 allegato alla Scheda di Rilevazione Dati.

1 Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, malattie cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia Alzheimer o malattie ereditarie)?

☐ SÌ ☐ NO

Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, che età e motivo

2 Ha effettuato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici (tra quelli indicati)?

☐ SÌ ☐ NO

☐ ELETTROCARDIOGRAMMA

☐ ANALISI DELLE URINE

☐ RADIOGRAFIE

☐ TAC, RM, EEG

☐ ESAMI DEL SANGUE

☐ FUNDUS OCULARE

☐ MARKERS DELL'EPATITE

☐ ALTRI

Motivo, quando ed esito

3 È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi di cui si è sottoposto a appendicectomia, adenotonsillectomia, ernia inguinale?

☐ SÌ ☐ NO

Motivo, luogo, data, durata ed eventuali postumi

4 Negli ultimi 10 anni ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?

☐ SÌ ☐ NO

Motivo, data, parti del corpo Interessate, periodi (dal/al), tipologia

Rispondere **NO** nel caso in cui il trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva da più di dieci anni o cinque anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età, ai sensi della Legge n.193 del 7 dicembre 2023 "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" sul diritto all'oblio oncologico e successive modifiche ed integrazioni.

5 Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?

☐ SÌ ☐ NO

☐ DELLA VISTA

☐ DEGLI ARTI

☐ DELL'UDITO

☐ ALTRI

Motivo, quali e da quando

6 Ha subito traumi o lesioni accidentali?

☐ SÌ ☐ NO

☐ DEL CRANIO

☐ DEGLI ARTI

☐ DEGLI ORGANI DI SENSO

☐ DI ALTRE SEDI

Motivo, quali, quando e postumi

7

Fa uso o ha fatto uso di:

a) alcolici ☐ sì ☐ NO

b) tabacco ☐ sì ☐ NO

Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera

8

Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?

☐ sì ☐ NO

Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera

9

Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?

☐ sì ☐ NO

☐ PER INFORTUNI SUL LAVORO ☐ PER MALATTIE PROFESSIONALI ☐ PER INFORTUNI DA ATTIVITÀ SPORTIVE ☐ PER QUALSIASI TIPO DI MALATTIA

Da quando, grado di infermità, parte o organo leso

10

È stato riformato alla visita di leva?

☐ sì ☐ NO

Motivo

11a

Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?

☐ sì ☐ NO

☐ ASMA

☐ TUBERCOLOSI

☐ BRONCHITE

☐ FIBROSI POLMONARE

☐ ENFISEMA

☐ TUMORI⁽¹⁾

☐ PLEURITE

☐ BPCO

☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

11b

Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?

☐ sì ☐ NO

☐ INFARTO

☐ ARTERIOPATIE

☐ ANGINA

☐ VARICI DEGLI ARTI INFERIORI

☐ IPERTENSIONE

☐ VALVULOPATIE

☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

11c

Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?

☐ sì ☐ NO

☐ GASTRODUODENITE

☐ CIRROSI EPATICA

☐ ULCERA GASTRODUODENALE

☐ CALCOLOSI BILIARE

☐ COLITE ULCEROSA

☐ TUMORI⁽¹⁾

☐ EPATITE

☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

Ulteriori specifiche (es: localizzazione tumore o tipologia epatite):

11d

Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?

☐ sì ☐ NO

☐ NEFRITE

☐ TUMORI⁽¹⁾

☐ CALCOLOSI

☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Motivo, quali e da quando

11e

Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?

☐ sì ☐ NO

☐ ARTRITE

☐ TUMORI⁽¹⁾

☐ ARTRITE REUMATOIDE

☐ ARTROSI

☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

11f Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?
☐ SÌ ☐ NO

☐ EPILESSIA ☐ ANSIA ☐ NEVROSI ☐ DEPRESSIONE ☐ PARALISI ☐ TUMORI⁽¹⁾
☐ DISTURBI DELLA PERSONALITÀ ☐ MALATTIA DI PARKINSON ☐ MALATTIA DI ALZHEIMER ☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

11g Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico?
☐ SÌ ☐ NO

☐ DIABETE ☐ DISLIPIDEMIE ☐ MALATTIE DELLA TIROIDE ☐ MALATTIE SURRENALI ☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

11h Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue?
☐ SÌ ☐ NO

☐ ANEMIA ☐ LEUCEMIA ☐ EMOFILIA ☐ ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi

12 Per assicurandi di sesso femminile
a) ha alterazioni del ciclo e/o di disturbi genitali? ☐ SÌ ☐ NO

b) ha malattie della mammella? ☐ SÌ ☐ NO

Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi

c) è incinta? ☐ SÌ ☐ NO

(mese di gravidanza e andamento)

13 Chi è il Suo Medico di base?

Generalità

Indirizzo)

14 Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?
☐ SÌ ☐ NO

Motivo, data, quali, trattamento e postumi

15 È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?
☐ SÌ ☐ NO

Motivo e data

16 Ha in previsione degli esami medici o un ricovero ospedaliero?
☐ SÌ ☐ NO

Motivo e data

17 Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?
☐ SÌ ☐ NO

Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia

18 Si è sottoposto ad un test anti-HIV?
☐ SÌ ☐ NO

Data ed esito

19 È stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo, meningite, ecc.), setticemia, disturbi immunologici, Infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)?

☐ SÌ ☐ NO

Quali, data, motivo e postumi

* Ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 193/2023 il Cedente/Assicurato che abbia contratto una malattia oncologica clinicamente cessata senza episodi di recidiva da più di 10 anni o da più di 5 anni in caso di malattia contratta prima del compimento dei 21 anni (fermo l'eventuale minor termine di cui al Decreto del Ministro della Salute del 22 marzo 2024) ha diritto a non dichiararlo onde non essere discriminato ai fini della stipulazione del presente contratto.

Contestualmente, all'Assicuratore è fatto divieto di richiedere tale informazione.

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali l'Assicuratore ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Ho letto e approvo quanto sopra.

Firma del Cedente/Assicurato

Luogo e data

FAC-SIMILE

RAPPORTO DI VISITA MEDICA

PARTE II: ESAME OBIETTIVO

1	Misurazione peso/altezza	
	Misurazione pressione arteriosa (sistolica/diastolica)	
2	Cute e mucose visibili. È normale?	
	☐ SÌ ☐ NO	
	Indicare i motivi solo se la risposta è NO	
3	Per le donne: ghiandole mammarie. È normale?	
	☐ SÌ ☐ NO	
	Indicare i motivi solo se la risposta è NO	
4	Masse muscolari. È normale?	
	☐ SÌ ☐ NO	
	Indicare i motivi solo se la risposta è NO	
5	Sistema linfonodale superficiale. È normale?	
	☐ SÌ ☐ NO	
	Indicare i motivi solo se la risposta è NO	
6	Stato della tiroide. È normale?	
	☐ SÌ ☐ NO	
	Indicare i motivi solo se la risposta è NO	
7	Apparato muscoloscheletrico. È normale?	
	☐ SÌ ☐ NO	
	Indicare i motivi solo se la risposta è NO	
	Conclusione diagnostica	
8	Apparato respiratorio. È normale?	
	- vie aeree superiori ☐ SÌ ☐ NO	
	- voce ☐ SÌ ☐ NO	
	- ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace ☐ SÌ ☐ NO	
	Indicare i motivi solo se la risposta è NO	
	Conclusione diagnostica	

9 Apparato cardiovascolare. È normale?

- ispezione, palpazione, percussione
- auscultazione
- arterie (in particolare polsi periferici)
- vene (varici, emorroidi. ecc.)

☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO

Indicare i motivi solo se la risposta è NO

Conclusione diagnostica

10 Bocca e apparato digerente. È normale?

- bocca
- addome (ispezione e palpazione)
- fegato
- milza

☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO

Indicare i motivi solo se la risposta è NO

Conclusione diagnostica

11 Apparato genitourinario. È normale?

☐ SÌ ☐ NO

Indicare i motivi solo se la risposta è NO

Conclusione diagnostica

12 Sistema nervoso e organi di senso. È normale?

- condizioni psichiche
- mobilità
- sensibilità e riflessi
- udito
- olfatto

☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO
☐ SÌ	☐ NO

Indicare i motivi solo se la risposta è NO

Conclusione diagnostica

13 Analisi delle urine. È normale?

☐ SÌ ☐ NO

Indicare i motivi solo se la risposta è NO

CONCLUSIONI DIAGNOSI

GIUDIZIO DIAGNOSTICO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

☐ Buono ☐ Mediocre ☐ Non Buono

Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?

☐ SÌ ☐ NO

Quali e motivi

EVENTUALI OSSERVAZIONI ED INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

Cognome e Nome del Medico _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo dello Studio Medico _____ Comune _____ Telefono _____

Firma e timbro del Medico

Data e ora i cui è stata eseguita la visita _____

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE VITA

Broker _____ Cod. Broker _____
Certificato n.° _____ Convenzione Master n.° _____

Polizza di assicurazione sulla vita n.° _____

N.° Pratica _____ Data effetto contratto _____ Data scadenza contratto _____

DATI CONTRAENTE

Denominazione Sociale _____
Codice Fiscale o Partita IVA _____
Sede Legale _____

DATI CEDENTE

Cognome e Nome _____ Sesso _____
Data di nascita _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo Domicilio _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

DATI BENEFICIARIO

Denominazione Sociale _____
Codice Fiscale o Partita IVA _____
Sede Legale _____

DATI DEL PRESTITO

Montante lordo Euro _____
N.° rate mensili _____ Importo rate mensile Euro _____

PREMIO UNICO

Premio lordo pagato Euro _____ di cui diritti Euro _____
Imposte Euro _____ Premio imponibile Euro _____

GARANZIA ASSICURATIVA

Risarcimento del debito residuo in caso di premorienza a garanzia della cessione del quinto della pensione.

La garanzia è prestata in base alle dichiarazioni fornite dal Cedente e alla «Polizza» stipulata tra il Contraente e l'ASSICURATORE contro il rischio di decesso del Cedente.

Legale rappresentante/Assicuratore

Agrate Brianza, _____

Nobis Vita S.p.A.

Sede Legale:

Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

Direzione Generale:

Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039. 9890.100

F + 39 039. 6894.524

info.vita@nobis.it

www.nobis.it

