

Contratto di assicurazione temporanea in caso di morte o di invalidità totale e permanente a premio unico

Convenzione G937

(tariffa 240U)

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- Nota informativa
- Condizioni di assicurazione
- Glossario

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

NOTA INFORMATIVA

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 30 aprile 2013

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) Alleanza Toro S.p.A. (di seguito "Società" o "Impresa") è una Società per Azioni appartenente al Gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 026;

b) la sede legale è in Via Mazzini, 53 - 10123 - TORINO - Italia;

c) recapiti

Telefono: +39 011.00.29111;

indirizzo telematico: www.alleanzatoro.it;

e-mail: info@alleanzatoro.it;

d) la Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento dell'ISVAP (oggi IVASS) n. 2703 dell'11 giugno 2009 ed è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00172.

Si rinvia al sito internet www.augusta.it, www.lloyditalico.it, www.toroassicurazioni.it per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Alleanza Toro S.p.A. riferito all'ultimo bilancio approvato ammonta a Euro 6.041.730.225, di cui Euro 300.000.000 di capitale sociale interamente versato e Euro 5.741.730.225 di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità della gestione vita è pari a 164%: tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto qui descritto assicura in caso di decesso e di invalidità totale e permanente ed è specificatamente rivolto ai Clienti di Consel S.p.A. titolari di carte di credito emesse da Consel stessa.

Le coperture assicurative più avanti descritte sono prestate attraverso una specifica polizza collettiva (tariffa 240U – convenzione G937) stipulata tra Alleanza Toro S.p.A e Consel S.p.A. (di seguito "Contraente") in qualità di ente erogatore del finanziamento a favore dell'Assicurato. L'età dell'Assicurato all'ingresso in assicurazione deve essere non inferiore a 18 anni, mentre l'età massima al termine della copertura assicurativa non può eccedere i 70 anni.

La copertura assicurativa ha durata monomensile tacitamente rinnovabile, nel periodo di titolarità della Carta di Credito in capo all'Assicurato. Il presente contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazioni in caso di decesso

Il contratto prevede il pagamento, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato, del capitale assicurato (definito ai sensi dell'art. 5.1 delle Condizioni di Assicurazione) qualora l'Assicurato stesso deceda per qualsiasi causa nel corso della durata contrattuale.

b) Prestazioni in caso di invalidità

Il contratto prevede il pagamento all'Assicurato del capitale assicurato qualora l'Assicurato stesso nel corso della durata divenga invalido in modo permanente a seguito di infortunio o di malattia. La definizione del capitale assicurato e la misura dell'invalidità permanente ai fini del riconoscimento della prestazione sono specificate all'art. 5.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Non sono previste prestazioni accessorie o complementari.

La decorrenza della copertura assicurativa è disciplinata dall'art. 3.1 delle Condizioni di Assicurazione.

I Clienti del Contraente potranno aderire alla polizza sottoscrivendo apposita dichiarazione riguardante anche le proprie condizioni di salute, riportata nel modulo di adesione.

Si richiama l'attenzione del Contraente e degli Assicurandi sulla necessità di leggere attentamente la dichiarazione di assicurabilità riportata nel modulo di adesione, la cui sottoscrizione è presupposto essenziale per l'adesione alla copertura assicurativa e che deve corrispondere a verità ed esattezza. Si invita l'Assicurando a leggere con particolare attenzione le clausole concernenti le esclusioni (art. 6 delle Condizioni di Assicurazione), la durata delle coperture nonché la durata di uno o più periodi di carenza contrattuale previsti.

4. Premi

A fronte delle garanzie previste dal contratto, il Contraente deve corrispondere mensilmente un premio unico per ogni Assicurato.

L'ammontare del premio è calcolato in funzione dell'entità del capitale.

Il Contraente versa alla Società il premio cumulativo relativo a tutte le operazioni di finanziamento assistite da copertura assicurativa sottoscritte nel mese precedente, esclusivamente mediante bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente di Alleanza Toro S.p.A.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Tariffa	Convenzione	Durata finanziamento	Costi	Periodicità di addebito	Modalità di prelievo	Quota parte dei costi percepita in media dall'intermediario	
						%	importo
240U	G937	Unica	89,90%	In un'unica soluzione al versamento del premio	Incluso nel premio unico	87,76%	€ 2,37

6. Sconti

Non sono previsti sconti sui premi.

7. Regime fiscale (*)

Il premio versato a copertura del rischio di decesso o invalidità totale e permanente non è soggetto ad imposta sulle assicurazioni.

I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di morte dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni.

I capitali corrisposti a soggetti nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le regole proprie di tale categoria di reddito e sono assoggettati a tassazione ordinaria.

(*) Modalità e misure in vigore alla data di redazione della presente Nota.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto si intende concluso nel momento in cui la Società consegna al Contraente la polizza o, in alternativa, gli invia per iscritto la comunicazione di accettazione della copertura.

Le coperture assicurative entrano in vigore secondo quanto disciplinato dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione e si intendono sospese qualora il premio pattuito non venga pagato nei termini ivi previsti.

9. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede la possibilità di riscatto né di riduzione delle prestazioni.

10. Revoca della proposta

Il Contraente, fintanto che il contratto non è ancora concluso, ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata.

A seguito della revoca la Società rimborsa al Contraente quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

11. Diritto di recesso

Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo. Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

1) il Contraente deve comunicare alla Società – a mezzo lettera raccomandata – la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto;

2) la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese di emissione sostenute per il contratto.

12. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La Società esegue i pagamenti delle somme dovute, per qualsiasi causa, previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo.

L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Il pagamento viene effettuato entro 30 giorni dalla consegna della completa documentazione richiesta.

Ai sensi dell'art. 2952 C.C. 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Come previsto dalla L. 23 dicembre 2005 n. 266 (e successive modificazioni e integrazioni) gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta legge 266/2005.

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

14. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e tutte le comunicazioni ad esso relative vengono redatti in lingua italiana.

15. Reclami

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

Alleanza Toro S.p.A.
Via Mazzini, 53 - 10123 Torino
telefax: 011.0029.893
email: reclami@alleanzatoro.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma; telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

16. Comunicazioni del Contraente alla Società

Al presente contratto non si applica il disposto dell'art. 1926 del Codice Civile in caso di modifica di professione dell'Assicurato: nessuna comunicazione in merito deve quindi essere resa alla Società.

17. Conflitto di interessi

La Società si è dotata di una politica per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti assicurativi in genere, emanando le relative procedure attuative.

Principi generali

Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, la Società e i Soggetti rilevanti (questi ultimi come definiti dal Regolamento congiunto Consob - Banca d'Italia del 29 ottobre 2007) operano nell'interesse dei clienti e, a tal fine, si impegnano ad evitare lo svolgimento di operazioni in cui abbiano direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporti rilevanti, intendendosi per tali i rapporti di Gruppo o i rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo.

Qualora il conflitto di interesse risulti non evitabile, la Società e i Soggetti rilevanti operano in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei clienti impegnandosi al contempo ad ottenere per i clienti stessi il miglior risultato possibile, sulla base di decisioni adeguatamente motivate e formalizzate.

La politica e le procedure aziendali adottate dalla Società garantiscono la corretta individuazione e l'efficace gestione dei conflitti di interesse, attribuendo chiaramente le responsabilità e individuando i relativi presidi di controllo.

Identificazione dei conflitti di interesse

La Società individua le situazioni di conflitto di interesse sin dalla fase di progettazione dei prodotti e, successivamente, nella fase commerciale di remunerazione e incentivazione della rete di vendita.

Costituiscono situazioni di conflitto quelle in cui la Società (o i Soggetti rilevanti):

- a) abbiano la possibilità di realizzare un guadagno finanziario o evitare una perdita finanziaria, a danno del cliente;
- b) siano portatori di un interesse, nel risultato del servizio prestato, distinto da quello del cliente medesimo;
- c) abbiano un incentivo a privilegiare gli interessi di clienti diversi da quello a cui il servizio è prestato;
- d) svolgano la medesima attività del cliente;
- e) ricevano o possano ricevere da un soggetto diverso dal cliente, in relazione con il servizio a questi prestato, utilità sotto forma di denaro, beni o servizi diversi dalle commissioni o dalle competenze normalmente percepite per tale servizio.

In tale contesto, si precisa che:

Retrocessione di commissioni

La Società non ha attualmente in essere accordi che prevedono la retrocessione, da parte di soggetti terzi, di commissioni o altri proventi.

Conti deposito degli attivi a copertura delle riserve tecniche

Le condizioni economiche dei conti di deposito sono costantemente arbitrate al fine di assicurare i migliori standard di mercato.

Incentivi

La Società non ha attualmente in essere politiche di incentivazione differenziate per tipologia di prodotto.

Gestione dei conflitti di interesse

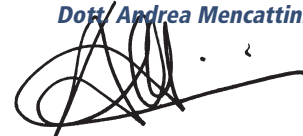
Per ogni situazione di potenziale conflitto di interesse, la Società adotta le opportune iniziative volte a prevenire o a evitare l'effettiva insorgenza del conflitto. In tal senso la Società è dotata di una adeguata struttura organizzativa e di procedure operative atte ad identificare, gestire e monitorare le situazioni nelle quali sia sorto o possa sorgere un conflitto di interesse in merito all'offerta o alla gestione dei prodotti assicurativi.

La Società ha inoltre istituito un registro nel quale annotare le suddette situazioni.

Qualora la Società ritenga che le misure organizzative o amministrative adottate per gestire talune fattispecie di conflitti di interesse non siano sufficienti ad assicurare che il rischio di nuocere gli interessi del cliente sia evitato, la Società provvederà a darne adeguata informativa al cliente.

Alleanza Toro S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Alleanza Toro S.p.A.
Amministratore Delegato
Dott. Andrea Mencattini



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 30 aprile 2013

Art. 1 Oggetto della copertura

La Società riconosce all'Assicurato le seguenti garanzie valide in tutti i paesi del mondo:

- Copertura per decesso per tutti gli Assicurati;
- Copertura per Invalidità Totale e Permanente, per tutti gli Assicurati.

Art. 2 Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

E' assicurabile la persona fisica, Titolare della Carta di Credito erogata dal Contraente, di età, al momento dell'adesione, non superiore ai 70 anni. Si aderisce alla copertura assicurativa sottoscrivendo il modulo di adesione.

Art. 3 Decorrenza e cessazione delle garanzie

3.1 Decorrenza delle garanzie

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno di attivazione della carta o del giorno di adesione alla copertura assicurativa, se successiva, nel caso di proposta effettuata da Consel in un momento successivo alla richiesta della Carta.

La Società mensilmente predisporrà e invierà al Contraente un documento riepilogativo contenente l'importo dei premi da versare per ciascun nuovo Assicurato: il pagamento di detti premi dovrà essere effettuato entro 15 giorni dalla data di emissione di tale documento.

3.2 Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- al momento in cui l'Assicurato perde la Titolarità della Carta;
- alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perde il diritto alla rateizzazione;
- alle ore 24 dell'ultimo giorno del mese nel quale è cessata la Polizza sottoscritta tra l'Assicuratore e il Contraente;
- alla fine del mese di compimento del 70° anno di età da parte dell'Assicurato;
- in caso di sinistro pagato per Decesso o Invalidità Totale e Permanente di cui all'art. 5 - "Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 4 Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dalle polizze entro 30 giorni dalla data di decorrenza, dandone comunicazione alla Società a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il recesso dal contratto determina la cessazione delle coperture assicurative, dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione al Contraente del premio versato.

Art. 5 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

5.1 Copertura assicurativa per Decesso

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa. La Società liquida, nei limiti dei massimali previsti, una somma pari al debito residuo del conto carta risultante al momento del decesso, esclusi eventuali importi di rate insolute.

5.2 Copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale e Permanente

Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente, a seguito di infortunio o malattia, di grado non inferiore al 66%.

Il grado di invalidità permanente totale viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 in vigore al 31 dicembre 1999. La Società, dopo aver medicalmente constatato lo stato ed il grado di Invalidità Totale e Permanente, liquida una somma uguale al debito residuo del conto carta risultante alla fine del mese precedente la data del sinistro, al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro in virtù delle altre garanzie di polizza, esclusi eventuali importi di rate insolute.

Come data di sinistro si intende, in caso di infortunio, la data di accadimento e in caso di malattia la data di presentazione della domanda agli enti competenti o, in mancanza, la data indicata sulla certificazione del medico legale.

Art. 6 Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato ovvero del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; tossicodipendenze, alcolismo acuto e cronico, abuso di farmaci, nonché gli infortuni, le malattie e le invalidità da essi derivanti;
- infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- infortuni, infermità e malattie già noti alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro conseguenze. Le coperture sono inoltre escluse nel caso l'Assicurato risulti già riconosciuto invalido alla data di decorrenza, anche se per patologie diverse da quelle per cui presenta la richiesta di prestazione;
- stati depressivi, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche, nonché gli infortuni, le malattie e le invalidità da essi derivanti;
- infortuni o malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- infortuni o malattie che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
- interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

Art. 7 Beneficiari delle prestazioni

Beneficiari sono l'Assicurato in caso di invalidità permanente e i suoi eredi testamentari o legittimi in caso di decesso.

Art. 8 Premi dell'assicurazione

Il premio unico mensile dipende dal saldo mensile del Conto Carta, calcolato come somma del debito residuo del mese precedente, delle transazioni addebitate nel mese a cui il pagamento del premio si riferisce, delle spese, delle commissioni e degli eventuali interessi. L'ammontare del premio mensile è addebitato mensilmente unitamente alla rata di rimborso della Carta; tale importo è indicato nell'estratto conto mensile della Carta.

Art. 9 Massimali e limitazioni

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Società è Euro 5.000,00.

Art. 10 Denuncia e gestione dei sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Consel S.p.A. che provvederà ad inoltrare le denunce ad Alleanza Toro S.p.A. L'Assicurato potrà utilizzare gli appositi moduli di denuncia sinistro forniti dietro richiesta telefonica al numero verde 800.65.33.65.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Società tutta la documentazione, richiesta dalla Società stessa, necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla prestazione.

In particolare dovranno essere consegnati i documenti di seguito elencati.

In caso di decesso dell'Assicurato:

- certificato di morte;
- relazione del medico curante, redatta su apposito modulo da richiedere alla Società;
- copia integrale ed autentica delle cartelle cliniche relative ad eventuali periodi di degenza degli Assicurati, negli ultimi 24 mesi, presso ospedali o case di cura;
- originali dell'atto di notorietà, redatto in Tribunale o presso un notaio, da cui risulti:
 - a) se gli Assicurati hanno lasciato o meno testamento;
 - b) se il testamento stesso, di cui deve essere rimessa copia autentica, è l'unico od ultimo valido non impugnato;
 - c) l'elenco di tutti gli eredi legittimi e/o testamentari del de cuius con l'indicazione delle complete generalità, del codice fiscale, dell'età e della capacità di agire di ciascuno di essi;
 - d) in caso di designazione del beneficio agli eredi legittimi, ricorrendone le circostanze, dichiarazione di non gestazione della vedova che non abbia superato il 55° anno di età.

In caso di presenza tra gli aventi diritto di minori o incapaci:

- originale del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od incapaci, indicando anche le modalità per il reinvestimento di tale somma, con esonero per la Società da ogni responsabilità.

In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.):

- copia del verbale delle Forze dell'Ordine o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia dell'eventuale referto autoptico.

La Società, informata del decesso, potrà fornire una richiesta di documentazione personalizzata e indicare l'importo liquidabile da comunicare eventualmente al Giudice Tutelare.

In caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato:

- certificazione di invalidità totale e permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale, nonché copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.

In ogni caso, la Società si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

La Società potrà inoltre richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.

Art. 11 Liquidazione dei sinistri

La Società si impegna a liquidare il sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al sinistro ed entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 12 Legge applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 13 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Società dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R. Eventuali comunicazioni da parte dell'Impresa saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 14 Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 15 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società 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 dell'Assicurato, che richieste all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 16 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, sorta tra la Società e il Contraente (o uno di essi) da una parte e, dall'altra, qualunque Assicurato e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato e/o avente diritto.

Art. 17 Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 C.C. 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Come previsto dalla L. 23 dicembre 2005 n. 266 (e successive integrazioni e modificazioni) gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta legge 266/2005.

GLOSSARIO

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 30 aprile 2013

Assicurato: la persona fisica per la quale è prestata l'assicurazione e che sostiene indirettamente l'onere economico connesso al pagamento dei premi.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Contraente: Consel S.p.A., che stipula la Polizza per conto dei propri clienti che sottoscrivono finanziamenti Arredamento, Finalizzati e Veicoli o Prestiti Personali concessi dallo stesso Contraente.

Data di Decorrenza: data in cui le garanzie assicurative previste dalle polizze hanno effetto.

Data di Cessazione delle Garanzie: data in cui le garanzie assicurative previste dalle polizze non hanno più effetto.

Decesso: la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dalla Società in base alle condizioni di assicurazione.

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

Invalidità Totale e Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

ISVAP: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo, operante fino al 31 dicembre 2012 con lo scopo di svolgere funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, mira ad assicurare la piena integrazione dell'attività di vigilanza assicurativa attraverso un più stretto collegamento con quella bancaria. Il 1° gennaio 2013 è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, la Società presta le garanzie.

Parti: Assicurato, Società, Contraente.

Premio: la somma dovuta alla Società per la copertura assicurativa prestata.

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

Contratto di assicurazione per le garanzie inabilità temporanea totale al lavoro, perdita d'impiego, malattia grave ed uso fraudolento abbinato a Carta di Credito

Polizza collettiva T98/59/847002

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- Nota informativa comprensiva del glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione del modulo di adesione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

NOTA INFORMATIVA

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 30/04/2013

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) Alleanza Toro S.p.A. (di seguito "Società") è una Società per Azioni appartenente al Gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 026.

b) La sede legale è in via Mazzini, 53 – 10123 TORINO – ITALIA

c) Telefono: 011.0029111.

Indirizzo telematico: e-mail: info@alleanzatoro.it

d) La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP (oggi IVASS) n. 2703 dell'11/06/2009 ed è iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione al n. 1.00172.

Si rinvia ai siti internet www.augusta.it, www.lloyditalico.it, www.toroassicurazioni.it per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione

Il patrimonio netto di Alleanza Toro S.p.A. riferito all'ultimo bilancio approvato ammonta a Euro 6.041.730.225 di cui Euro 300.000.000 di capitale sociale interamente versato e Euro 5.741.730.225 di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari al 201%: tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile - pari a Euro 585.755 migliaia - e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente - pari a Euro 291.775 migliaia.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza:

il contratto è specificatamente rivolto ai Clienti della Consel S.p.A, Titolari di Carte di Credito emesse da quest'ultima.

L'età dell'Assicurato all'ingresso in assicurazione deve essere non inferiore a 18 anni e non superiore a 70 anni.

L'età massima al termine della copertura assicurativa non può comunque eccedere i 70 anni.

Si rinvia all'art. 3, Decorrenza e Cessazione delle Garanzie, delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative di seguito descritte sono prestate attraverso la polizza-convenzione n. T98/59/847002 (per le coperture Inabilità temporanea e totale da infortunio o malattia, Malattia Grave, Perdita d'Impiego e Uso Fraudolento), stipulata tra Alleanza Toro S.p.A e Consel S.p.A. (di seguito "Contraente") in qualità di ente erogatore del finanziamento a favore dell'Assicurato.

La Polizza-convenzione T98/59/847002 prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazione in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

Il contratto prevede, **limitatamente agli Assicurati che al momento del sinistro siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici, il pagamento all'Assicurato**, in quanto beneficiario delle prestazioni di un'indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo di inabilità temporanea e totale al lavoro a seguito di infortunio o malattia. **Il contratto prevede un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, come specificato all'art. 4.1 delle Condizioni di Assicurazione.**

- Prestazione in caso di Malattia Grave

Il contratto prevede, **limitatamente agli Assicurati che al momento del sinistro siano Non Lavoratori, il pagamento all'Assicurato**, in quanto beneficiario delle prestazioni, del capitale assicurato (definito ai sensi dell'art. 4.2 delle Condizioni di Assicurazione) qualora l'Assicurato, nel corso della durata, sia colpito da una malattia grave quale definita nell'art. 4.2 delle Condizioni di Assicurazione. Si precisa che qualora il sinistro avvenga **entro 90 giorni** dalla data di decorrenza, la Società non procederà ad alcun indennizzo.

- Prestazione in caso di Perdita d'Impiego

Il contratto prevede, **limitatamente agli Assicurati, che al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore, il pagamento all'Assicurato**, in quanto beneficiario delle prestazioni, di un'indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione conseguente alla perdita di impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo". **Il contratto prevede un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni, come specificato all'art. 4.3 delle Condizioni di Assicurazione. Si precisa che l'indennità non verrà corrisposta nei casi in cui la notifica di perdita di impiego avvenga entro 90 giorni dalla data di decorrenza.**

- Prestazione in caso di uso Fraudolento

Il contratto prevede il rimborso delle transazioni effettuate in modo fraudolento da terzi a seguito di furto, scippo, rapina o smarrimento della

carta avvenuti nelle 120 ore precedenti il momento di denuncia effettuata al Contraente. (art. 4.4 delle condizioni di Assicurazione).

Nessuna prestazione è dovuta qualora l'infortunio non si sia verificato nel corso del periodo di copertura; in tal caso il premio pagato resta acquisito dalla Società.

Non sono previste prestazioni accessorie o complementari.

Le prestazioni assicurative sopra descritte sono offerte solo congiuntamente a quelle previste dalla Convenzione N. G937.

I Clienti del Contraente possono aderire esclusivamente mediante un unico atto di adesione.

La decorrenza della copertura assicurativa è disciplinata dall'art. 3.1 delle Condizioni di Assicurazione.

I Clienti del Contraente potranno aderire alla polizza sottoscrivendo apposita dichiarazione riguardante anche le proprie condizioni di salute, riportata nel modulo di adesione.

Nessuna prestazione è dovuta qualora tali eventi non si siano verificati nel corso del periodo di copertura; in tal caso il premio pagato resta acquisito dalla Società.

Avvertenze:

• Si richiama l'attenzione del Contraente e degli Assicurandi sulla necessità di leggere attentamente la dichiarazione di assicurabilità riportata nel modulo di adesione, la cui sottoscrizione è presupposto essenziale per l'adesione alla copertura assicurativa e che deve corrispondere a verità ed esattezza. Si invita l'Assicurando a leggere con particolare attenzione le clausole concernenti le esclusioni (art. 5 delle Condizioni di Assicurazione), la durata delle coperture nonché la durata di uno o più periodi di carenza contrattuale previsti.

• L'età dell'Assicurato all'ingresso in assicurazione deve essere non inferiore a 18 anni e non superiore a 70 anni, mentre l'età massima al termine della copertura assicurativa non può eccedere i 70 anni.

• L'indennizzo spettante viene determinato, sulla base dei criteri stabiliti per le singole garanzie dalle Condizioni di Assicurazione, cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio, nei limiti dei capitali e dei massimali assicurati, come da artt. 4 e 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: a scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione di franchigie e massimali nel caso di un sinistro relativo alla garanzia Inabilità Temporanea da infortunio o Malattia:

1 caso

Periodo di Inabilità al lavoro comprovato: 5/09/1011 – 20/11/2011

Debito residuo al momento del sinistro: € 400,00

Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg: € 0,00

2 caso

Periodo di Inabilità al lavoro comprovato: 5/09/1011 – 20/03/2012

Debito residuo al momento del sinistro: € 400,00

Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della franchigia assoluta di 60 gg : 10% del debito residuo: 40 € mensili per 4 mesi = € 160,00

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

Avvertenza:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Impresa di assicurazione 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 (art. 14 delle Condizioni di Assicurazione).

Avvertenza:

sono presenti cause di nullità e/o cessazione delle garanzie come disciplinato dall'Art. 3.2 "Cessazione delle garanzie" delle Condizioni di Assicurazione.

La copertura assicurativa ha termine:

- al momento in cui l'Assicurato perde la Titolarità della Carta;
- alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perde il diritto di rateizzazione;
- alle ore 24 dell'ultimo giorno del mese nel quale è cessata la Polizza sottoscritta tra la Società e il Contraente;
- alla fine del mese di compimento del 70° anno di età;
- in caso di sinistro liquidato a seguito di Malattia Grave di cui all'Art. 4 - "Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative" delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- alla data di cessazione della copertura assicurativa concessa con la Polizza- Convenzione n. G937

5. Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articolo 1898 del Codice Civile).

6. Premi

A fronte delle garanzie previste dal contratto, il Contraente deve corrispondere un premio periodico mensile per ogni Assicurato.

Tale premio è espresso in percentuale del saldo del conto Carta di credito; il saldo mensile è calcolato come somma del debito residuo del mese precedente, delle transazioni addebitate nel mese a cui il pagamento del premio si riferisce, delle spese, delle commissioni e degli eventuali interessi.

Avvertenza:

non sono previsti sconti di premio

Relativamente alle garanzie Inabilità temporanea e Totale al lavoro, Malattia Grave e Perdita di impiego il contratto è soggetto a costi a carico dell'Assicurato in misura media del 90,9% del premio imponibile del contratto stesso.

Pertanto a fronte di un premio imponibile di € 1.000,00 il costo complessivo a carico dell'Assicurato è di € 909,00.

La quota parte di detti costi percepita dall'intermediario è pari al 87% degli stessi.

7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

8. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non diversamente regolato dalle Condizioni di Assicurazione, valgono le norme di legge italiana (art. 12 delle Condizioni di Assicurazione).

9. Regime fiscale

Il premio versato a copertura dei rischi di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita di Impiego è soggetto ad imposta del 2,5%. Il premio versato a copertura del rischio di Uso Fraudolento è soggetto ad imposta del 22,25%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Consel S.p.A. che provvederà ad inoltrare le denunce ad Alleanza Toro S.p.A.

L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'art.9 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società liquida il sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta entro 30 giorni da tale ricezione. (Art. 10, Liquidazione dei sinistri).

11. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Alleanza Toro S.p.A. - via Mazzini, 53 - 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: reclami@alleanzatoro.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela degli Utenti - via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo conterrà i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index.en.htm).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria

Alleanza Toro S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Alleanza Toro S.p.A.
Amministratore Delegato
Dott. Andrea Mencattini



GLOSSARIO

Assicurato: la persona fisica, che può coincidere con l'Aderente, per la quale è prestata l'assicurazione e che sostiene indirettamente l'onere economico connesso al pagamento del premio.

Attività sportiva professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: il soggetto che ha diritto alla prestazione.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Contraente: Consel S.p.A., che stipula la Polizza per conto dei propri clienti che sottoscrivono finanziamenti concessi dallo stesso Contraente.

Data di Decorrenza: data in cui le garanzie assicurative previste dalle polizze hanno effetto.

Data di Cessazione delle Garanzie: data in cui le garanzie assicurative previste dalle polizze non hanno più effetto.

Franchigia: periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: importo liquidabile dalla Società in base alle condizioni di assicurazione.

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

Invaldità Totale e Permanente: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità esclusivamente dietologiche ed estetiche.

ISVAP: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, operante fino al 31 dicembre 2012 con lo scopo di svolgere funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) non percepisca un reddito da lavoro dipendente (come determinato nelle definizioni di Lavoratore Dipendente Privato e di Lavoratore Dipendente Pubblico) o da pensione. Sono altresì considerati autonomi i lavoratori dipendenti che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e di contratti di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali) sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore con contratto di lavoro e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Lavoratore Dipendente Pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D. lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattie Gravi: le seguenti malattie: ictus, cancro, attacco cardiaco, patologia coronarica che richiede intervento chirurgico, insufficienza renale, trapianto di organi principali (cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Massimale: somma fino alla cui concorrenza, per ciascun Sinistro, la Società presta le garanzie.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico. Sono altresì considerati non lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Parti: Società, Contraente.

Perdita d'Impiego: la perdita del lavoro a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

Polizza: la Polizza-convenzione n. T94/59/847001, stipulata fra Contraente e Società.

Premio: la somma dovuta alla Società per la copertura assicurativa prestata.

Società: Alleanza Toro S.p.A. – Via Mazzini, 53 – 10123 Torino.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 30/04/2013

Art. 1 Oggetto della copertura

La Società riconosce all'Assicurato le seguenti garanzie valide in tutti i paesi del mondo:

- Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici o lavoratori anticipi/non atipici non eleggibili alla garanzia Perdita d'Impiego
- Copertura per Perdita d'Impiego, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati;
- Copertura per Malattia Grave, per gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori;
- Copertura per Uso Fraudolento, per tutti gli Assicurati.

Le garanzie sopra elencate sono offerte solo congiuntamente a quelle previste dalla Polizza-convenzione G937. I clienti della Contraente potranno aderire esclusivamente mediante un unico atto di adesione.

Art. 2 Persone assicurabili e adesione alla copertura assicurativa

È assicurabile la persona fisica, Titolare della Carta di credito, di età, al momento dell'adesione, non superiore ai 70 anni. Si aderisce alle garanzie assicurative sottoscrivendo la Dichiarazione di Adesione.

Art. 3 Decorrenza e cessazione delle garanzie

3.1 Decorrenza delle garanzie

Per ciascun Assicurato le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di attivazione della carta o del giorno di adesione alla copertura assicurativa, se successiva, nel caso di proposta effettuata da Consel in un momento successivo alla richiesta della Carta.

3.2 Cessazione delle garanzie

La copertura assicurativa ha termine:

- al momento in cui l'Assicurato perde la Titolarità della Carta;
- alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perde il diritto di rateizzazione;
- alle ore 24 dell'ultimo giorno del mese nel quale è cessata la Polizza sottoscritta tra la Società e il Contraente;
- alla fine del mese di compimento del 70° anno di età;
- in caso di sinistro liquidato a seguito di Malattia Grave di cui all'Art. 4 - "Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative" delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- alla data di cessazione della copertura assicurativa concessa con la Polizza – Convenzione n. G937.

Art. 4 Condizioni e Prestazioni relative alle coperture assicurative

4.1 Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro

La garanzia si applica agli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti Pubblici.

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al Lavoro a seguito di Infortunio o Malattia.

La copertura assicurativa è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi. In caso di ricovero in Istituto di Cura di durata pari o superiore a 15 giorni, la franchigia si intende ridotta a 15 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (data del certificato medico) o di ricovero ospedaliero.

La Società, dopo il periodo di franchigia sopra indicato, corrisponde:

- in caso di utilizzo della carta con modalità Revolving, un'indennità pari alle rate mensili, originanti dall'uso revolving, che hanno scadenza durante il restante periodo dell'inabilità stessa.
- in caso di utilizzo della carta a Saldo, una somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro per ogni chiusura di estratto conto in scadenza durante il restante periodo di inabilità.

Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima malattia o del medesimo infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia. Qualora il nuovo sinistro sia dovuto a causa diversa dal precedente, verrà applicato il periodo di franchigia.

4.2 Copertura assicurativa in caso di Malattia Grave

La garanzia si applica agli Assicurati che, al momento del sinistro, siano Non Lavoratori.

Il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave quando presenti le seguenti caratteristiche:

- ICTUS. Qualsiasi accidente cerebrovascolare che produca sequele neurologiche di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica. Deve esservi prova di deficit neurologico permanente.
- CANCRO. Tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questo comprende la leucemia (di tipo diverso dalla leucemia linfocitica cronica), ma esclude il cancro non invasivo in situ, i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno.
- ATTACCO CARDIACO. Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un apporto insufficiente di sangue nella regione interessata. La diagnosi deve basarsi su tutti e tre i seguenti fattori:
 - anamnesi di precordialgia tipica
 - nuove alterazioni elettrocardiografiche

- aumento degli enzimi cardiaci
- **PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO.** Intervento chirurgico per correggere il restringimento (stenosi) o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser.
- **INSUFFICIENZA RENALE.** Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa o cause, con l'assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale.
- **TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI.** L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

La garanzia è soggetta ad un periodo di carenza pari a 90 giorni.

La Società liquida una somma pari al debito residuo del conto carta risultante alla data di sinistro, esclusi eventuali importi di rate insolute.

Come data di sinistro si intende la data di prima diagnosi.

4.3 Copertura assicurativa in caso di Perdita d'Impiego

La garanzia si applica agli Assicurati, che al momento del sinistro, siano Lavoratori Dipendenti Privati che abbiano superato il periodo di prova e che risultino assunti da almeno sei mesi sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore.

Il rischio assicurato è la perdita d'impiego a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

La garanzia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

La garanzia è soggetta ad un periodo di carenza pari a 90 giorni.

La Società, dopo il periodo di franchigia sopra indicato, corrisponde:

- in caso di utilizzo della carta con modalità Revolving, un'indennità pari alle rate mensili di rimborso in scadenza durante il restante periodo di disoccupazione;
- in caso di utilizzo della carta a Saldo, una somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro per ogni chiusura di estratto conto in scadenza durante il restante periodo di disoccupazione.

Qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che siano rispettate le condizioni di cui al primo comma del presente articolo.

4.4 Copertura assicurativa in caso di Uso Fraudolento

Il rischio assicurato è l'uso fraudolento da parte di un terzo della carta di credito in conseguenza di furto, rapina, scippo, smarrimento della stessa.

La Società garantisce il rimborso delle transazioni effettuate in modo fraudolento da un terzo a seguito di furto, scippo, rapina, o smarrimento della carta, avvenute nelle 120 ore precedenti il momento di denuncia effettuata al Contraente (blocco carta).

Art. 5 Esclusioni

Le coperture sono escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato, dell'Aderente, ovvero del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- infortuni già verificatisi e malattie note o diagnosticate alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti e conseguenze;
- infortuni o malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- infortuni o malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- infortuni o malattie che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
- interruzioni di lavoro dovute a gravidanza, per la garanzia Inabilità Totale e Temporanea al Lavoro.

La copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

- licenziamenti dovuti a "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamenti dovuti a motivi disciplinari;
- licenziamenti tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- cessazioni, alla loro scadenza di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano
- i licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- le risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- la messa in Mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di Mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;

j) situazioni di disoccupazione che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria. La copertura relativa all'Uso Fraudolento è esclusa nei seguenti casi:

- a) spese effettuate in modo fraudolento avvenute oltre 120 ore prima dal momento della denuncia di furto, scippo, rapina o smarrimento della Carta comunicata al Contraente (blocco carta);
- b) spese effettuate in modo fraudolento dopo la denuncia di furto, scippo, rapina o smarrimento della Carta comunicata al Contraente;
- c) uso fraudolento derivante da intenzionalità o complicità del Titolare Assicurato;
- d) uso fraudolento del Titolare Assicurato, del coniuge o dei suoi familiari;
- e) utilizzi fraudolenti avvenuti in periodi di stato di guerra, rivoluzione, insurrezione, atti di terrorismo sempre che tali utilizzi siano conseguenza di detti eventi;
- f) tutte le transazioni effettuate con utilizzo del "codice segreto" (PIN) o altri eventuali sistemi di identificazione sicura del Titolare effettuata attraverso codici di sicurezza e/o certificati digitali.

Art. 6 Beneficiari delle prestazioni

Relativamente alle garanzie Inabilità temporanea e totale, Malattia grave e perdita di Impiego beneficiario è l'Assicurato a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal contratto.

Si conviene tra le Parti che relativamente alla garanzia Uso Fraudolento beneficiario è il Contraente. Gli importi versati dalla Società al Contraente verranno da quest'ultima computati a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito. Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito dell'Assicurato al momento della liquidazione, il Contraente provvederà a versare la differenza all'Assicurato od agli eventi diritto.

Art. 7 Premi dell'assicurazione

L'ammontare del premio periodico mensile si determina:

- per l'utilizzo Revolving o Saldo, applicando il tasso dello 0,21% al saldo del Conto Carta (saldo mensile calcolato come somma del debito residuo del mese precedente, delle transazioni addebitate nel mese a cui il pagamento del premio si riferisce, delle spese, delle commissioni e degli eventuali interessi).

I tassi di premio sopra indicati sono al lordo delle imposte di assicurazione attualmente stabilite nella misura del 2,5% per le garanzie Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro, Malattia Grave e Perdita d'Impiego, e nella misura del 22,25% per la garanzia Uso Fraudolento.

Il tasso di premio lordo mensile per la garanzia Uso Fraudolento è a carico del Contraente.

L'ammontare del premio mensile, comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione, è addebitato mensilmente unitamente alla rata di rimborso della carta; tale importo è indicato nell'estratto conto mensile della Carta.

Art. 8 Massimali e limitazioni

Per ciascun Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Società è:

- per la garanzia Malattia Grave: euro 5.000.
 - per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale al lavoro:
 - 1) in caso di utilizzo con modalità Revolving: l'importo della rata relativa al mese di accadimento del sinistro con il massimo di euro 100 per singola rata e comunque con il limite ulteriore di 12 rate mensili per sinistro e 36 rate mensili per l'intera durata della copertura.
 - 2) in caso di utilizzo con modalità a Saldo: somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro con un massimo di 10 indennità mensili per sinistro e 36 indennità mensili per l'intera durata della copertura.
 - per la garanzia Perdita d'Impiego:
 - 1) in caso di utilizzo con modalità Revolving: l'importo della rata relativa al mese di accadimento del sinistro con il massimo di euro 100 per singola rata e comunque con limite ulteriore di 6 rate mensili per sinistro e 18 rate mensili per l'intera durata della copertura.
 - 2) in caso di utilizzo con modalità a Saldo: somma mensile pari al 10% del debito residuo esistente al momento del sinistro con un massimo di 6 indennità mensili per sinistro e 18 indennità mensili per l'intera durata della copertura.
- Per tutti gli utilizzi, in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, Perdita d'Impiego, Malattia Grave non sono coperte le somme corrispondenti a utilizzi della carta effettuati successivamente alla data del sinistro. Resta in ogni caso convenuto che la prestazione massima garantita dalla Società non può eccedere l'importo complessivo delle rate residue al momento del sinistro.
- per la garanzia Uso Fraudolento: euro 1.500 per anno e per Carta assicurata.

Art. 9 Denuncia e gestione dei Sinistri

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a Consel S.p.A. che provvederà ad inoltrare le denunce a Assicurazioni Alleanza Toro S.p.A. L'Assicurato o gli aventi diritto potranno utilizzare gli appositi moduli di denuncia sinistro forniti dietro richiesta telefonica al numero verde 800.65.33.65.

In particolare in caso di Uso Fraudolento della Carta, pena scadenza, è necessario effettuare immediata denuncia a Consel S.p.A. ed effettuare la denuncia a Polizia/Carabinieri.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Società tutta la documentazione, richiesta da quest'ultimo, necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione. In ogni caso, la Società si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: dichiarazione del medico curante e, in caso di ricovero ospedaliero, certificato di ricovero e o copia della cartella clinica.

Malattia grave: dichiarazione del medico curante assistita da relativa documentazione sanitaria di supporto.

Perdita d'Impiego: documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione.

Uso Fraudolento: Nel momento in cui ha constatato il furto, lo scippo, la rapina o lo smarrimento della Carta Consel, l'Assicurato dovrà:

denunciare tempestivamente il fatto al Contraente affinché si provveda a predisporre il blocco della Carta; denunciare il fatto, entro 48 ore dalla constatazione, alle autorità competenti.

L'Assicurato dovrà inoltre fornire al Contraente: copia della denuncia di furto, scippo, rapina o smarrimento della Carta sporta alle autorità competenti; lettera di contestazione delle spese fraudolentemente effettuate con la propria Carta Consel. Il Contraente, raccolta la documentazione sopra indicata, provvederà a trasmetterla alla Società unitamente alla comunicazione di conferma di blocco carta effettuata su segnalazione dell'Assicurato. Il Contraente si riserva la facoltà di richiedere ogni ulteriore documentazione che all'Assicuratore dovesse necessitare ai fini della valutazione di liquidabilità del sinistro (es.: copia dell'estratto conto, copia di una memoria di spesa relativa ad una transazione d'acquisto effettuata da parte dell'Assicurato, regolarmente da lui firmata, ed antecedente alla denuncia di sinistro, ecc).

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Società, il costo delle quali sarà a totale carico della Società medesima.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta

Art. 10 Liquidazione dei sinistri

La Società si impegna a liquidare il sinistro a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa al sinistro ed entro 30 giorni da tale ricezione.

Art. 11 Legge applicabile

La Legge applicabile alla Polizza è quella Italiana.

Art. 12 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Società dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni da parte della Società saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 13 Cessione dei diritti

L'Aderente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla copertura assicurativa.

Art. 14 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o dell'Aderente relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che richieste dalla Compagnia all'atto dell'adesione all'assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 15 Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione della presente Polizza, sorta tra la Società e il Contraente (o uno di essi), da una parte, e, dall'altra, qualunque Aderente e/o avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente e/o avente diritto.

Informativa ex art. 13 del d. lgs. 196/03 Testo unico sulla tutela dei dati personali



Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società, in qualità di autonomo Titolare di trattamento, intende acquisire o già

detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi⁽²⁾ da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

Inoltre, Lei può decidere liberamente di autorizzare la nostra Società a trattare i Suoi dati personali per l'invio di materiale pubblicitario, comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato, rilevazione sulla qualità dei servizi da parte della Società e di altre Società del Gruppo Generali, mediante tecniche di comunicazione a distanza.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici- necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al nostro settore, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa⁽⁴⁾.

Note:

(1) L'art. 4, co.1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art.4, co.1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato. Si precisa che a seguito delle semplificazioni introdotte dalla Legge n. 214 del 22 dicembre 2011 le norme privacy non si applicano alle persone giuridiche, enti, associazioni.

(2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche (come individuati dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9).

(3) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario, proprietario dei beni assicurati o danneggiato, nonché banche dati che vengono consultate in fase pre-assuntiva, assuntiva o liquidativa.

(4) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli,

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattarli, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽⁵⁾ – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁶⁾ rivolgendosi al Responsabile ex art.7 D.Lgs.196/2003: Generali Corporate Services S.c.a.r.l.– Privacy Gruppo Italia, piazza Fidia 1, 20159 Milano, tel. 041.549.2359 fax 041.336.2449.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Responsabile ex art.7 D.Lgs.196/2003.

Il sito www.alleanzatoro.it riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili e delle Società del Gruppo Generali.

colli, strutture sanitarie, pignoratori, vincolatori, società di recupero crediti e altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono essere inoltre comunicati a società del Gruppo Generali e ad altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti o dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, nonché ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali, quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, COVIP, CONSOB, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, UCI, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione, concessionarie per la riscossione dei tributi.

(5) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio o la normativa in tema di constatazione amichevole di sinistro.

(6) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs.196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.



Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196 del 30 giugno 2003 "codice in materia di protezione dei dati personali", il Cliente e gli eventuali coobbligati

o garanti (di seguito cumulativamente definiti il "Cliente") sono informati: a) che i dati forniti per lo svolgimento dell'istruttoria preliminare e, in caso di accoglimento della domanda di finanziamento, i dati relativi allo svolgimento del rapporto contrattuale vengono trattati dalla Società Consel SpA (Via Bellini, 2 - Torino) per finalità di:

- valutazione del merito creditizio;
- prevenzione del sovraindebitamento;
- gestione dei rapporti contrattuali;
- elaborazione statistica;
- tutela e recupero dei crediti;
- trattamento dei dati anche ai sensi del D.Lgs.231/2007; in questo caso le informazioni relative alle operazioni poste in essere dall'interessato ove ritenute "sospette" ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D.Lgs 231/2007, saranno comunicate ad altri intermediari finanziari appartenenti al Gruppo Banca Sella;
- attività di promozione e vendita di prodotti e servizi della Società o di Società terze effettuate anche attraverso telefono.

Gli stessi dati vengono trattati mediante:

- elaborazione elettronica;
- consultazione;
- raffronto con criteri prefissati relativi a dati di carattere reddituale, di composizione familiare, area geografica, stabilità abitativa e lavorativa, etc.;
- ogni altra opportuna operazione relativa al conseguimento delle predette finalità, anche per mezzo: 1) di soggetti specificamente incaricati quali consulenti, dipendenti e altri collaboratori a ciò abilitati per i trattamenti necessario connessi allo svolgimento delle attività precontrattuali (istruttoria, valutazione del merito creditizio, ecc.) e ed all'esecuzione del contratto; 2) di terzi che svolgono o forniscono specifici servizi strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale (anche mediante trattamenti continuativi), quali:

- società di servizi informatici;
 - sistemi di informazioni creditizie ("centrali rischi");
 - società che svolgono servizi di pagamento;
 - assicurazioni;
 - intermediari del credito;
 - agenti in attività finanziaria, anche relativamente alle risultanze del processo di valutazione del merito creditizio del cliente o dell'operazione intermediati;
 - società di factoring;
 - società di recupero crediti;
 - soggetti che forniscono informazioni commerciali;
 - altre Società appartenenti al gruppo bancario denominato Gruppo Banca Sella, nonché controllate e collegate;
- il tutto nel rispetto delle disposizioni di legge in materia di sicurezza dei dati (un elenco nominativo dei soggetti appartenenti alle predette categorie è disponibile presso la Sede della Società e le filiali);
- b) che i predetti dati possono essere raccolti sia presso l'interessato sia presso terzi;
- c) che il conferimento dei dati richiesti, siano essi acquisiti in base ad un obbligo di legge ovvero in quanto strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale, è necessario e che un eventuale rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di svolgere le attività richieste per la conclusione e per l'esecuzione del contratto.

In relazione al trattamento dei predetti dati il Cliente, in base all'art. 7 del citato d.lgs. 196/2003, ha il diritto di ottenere dalla Società:

- la conferma dell'esistenza dei dati personali che lo riguardano e la comunicazione, in forma comprensibile, dei dati stessi e della loro origine nonché della logica su cui si basa il trattamento;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati. Il Cliente ha inoltre il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento di dati personali che lo riguardano.