

Informativa ex art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

(A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative	pag. 1
(B) Modalità d'uso dei dati personali	pag. 2
(C) Diritti dell'interessato	pag. 2

Nota Informativa

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	
1. Informazioni generali	pag. 1
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società	pag. 1
B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE	
3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte	pag. 1
4. Premi	pag. 2
C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE	
5. Costi	pag. 4
6. Sconti	pag. 5
7. Regime fiscale	pag. 5
D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	
8. Modalità di perfezionamento del contratto	pag. 5
9. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi	pag. 6
10. Riscatto	pag. 7
11. Revoca della proposta	pag. 7
12. Diritto di recesso	pag. 7
13. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione	pag. 8
14. Legge applicabile al contratto	pag. 8
15. Lingua in cui è redatto il contratto	pag. 8
16. Reclami	pag. 8
17. Informativa in corso di contratto	pag. 9
18. Comunicazioni del Contraente alla Società	pag. 10
19. Conflitto di interessi	pag. 10

Condizioni di Polizza

Art. 1 - Prestazioni	pag. 1
Art. 2 - Entrata in vigore del contratto	pag. 1
Art. 3 - Facoltà di revoca della proposta	pag. 1
Art. 4 - Diritto di recesso dal contratto	pag. 1
Art. 5 - Pagamento dei premi	pag. 2
Art. 6 - Interruzione del pagamento dei premi. Riattivazione	pag. 2
Art. 7 - Riscatto e riduzione	pag. 3
Art. 8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 3
Art. 9 - Rischi assicurati ed esclusioni	pag. 3
Art. 10 - Clausola di Carenza	pag. 4
Art. 11 - Denuncia di sinistro	pag. 4
Art. 12 - Accertamento dello stato di non autosufficienza	pag. 5
Art. 13 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	pag. 5
Art. 14 - Collegio medico	pag. 6
Art. 15 - Beneficiari	pag. 6
Art. 16 - Pagamenti della Società	pag. 6

Glossario**Moduli****Fac-simile proposta**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Codice"), Vittoria Assicurazioni S.p.A. (di seguito la "Società") in qualità di "Titolare" del trattamento La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹.

(A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative²

Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano – dati raccolti presso di Lei o presso altri soggetti³ e/o dati che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge⁴ – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi. Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili⁵ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁶, è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁷. Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

¹ Come previsto dall'art. 13 del Codice (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

² La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; 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 altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7, punto d e punto e); altri soggetti pubblici (v. nota 7, punto f).

⁴ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio di denaro di cui al Decreto Legislativo n. 231 del 21/11/2007 e al Decreto Legislativo n. 109 del 22/6/2007 e successive modifiche. In adempimento alle suddette normative la Società è tenuta alla identificazione della clientela anche ai fini della individuazione delle operazioni anomale da segnalare all'UIF. Pertanto la mancata fornitura dei dati richiesti potrebbe determinare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta.

⁵ Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.

⁶ Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.

⁷ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- a. assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali;
- b. società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento delle prestazioni; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; (v. tuttavia anche nota 10);
- c. società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- d. ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
- e. organismi consortili propri del settore assicurativo – che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati – quali: Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati CIRT (Via dei Giochi Istmici, 40 – Roma) per la valutazione dei rischi vita tarati, per l'acquisizione di dati relativi ad assicurati

(B) Modalità d'uso dei dati personali

I dati sono trattati⁸ dalla nostra Società – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornire i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati – in Italia o all'estero – per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa. Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa⁹; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

(C) Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento¹⁰. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi a: Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Assistenza Clienti, Viale Renato Serra n. 46 – 20149 Milano (N. verde 800.016611, e-mail info@vittoriaassicurazioni.it).

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso per gli specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dalla nostra Società e per gli altrettanto specifici trattamenti, comprese le comunicazioni e i trasferimenti, effettuati dai soggetti della “catena assicurativa”.

e assicurandi e il reciproco scambio degli stessi dati con le imprese assicuratrici consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati, per finalità strettamente connesse con l'assunzione dei rischi vita tarati nonché per la riassicurazione in forma consortile dei medesimi rischi, per la tutela dei diritti dell'industria assicurativa nel settore delle assicurazioni vita rispetto alle frodi; Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma), per la valutazione dei rischi vita di soggetti handicappati;

- f. nonché altri soggetti, quali: ISVAP – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale 21, Roma), ai sensi del D.Lgs. 209 del 7 settembre 2005; UIC – Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 Roma), ai sensi della normativa anticiclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 – Roma), ai sensi del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 – Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP – Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 – Roma), INPDAI (Viale delle Province, 196 – Roma), INPGI (Via Nizza, 35 – Roma) ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze; Casellario centrale dei Pensionati; Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 – Roma) ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

L'elenco completo e aggiornato dei soggetti di cui alle lettere precedenti è disponibile gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato in informativa.

- 8 Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
- 9 Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti “titolari” di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. “catena assicurativa” con funzione organizzativa (v. nota 7 b).
- 10 Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Nota Informativa

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Gruppo Vittoria Assicurazioni;
- b) Sede e Direzione - Rami Vita: Italia, 20149 Milano, Viale Renato Serra n. 46;
- c) Telefono +39 02 48 21 91 - Fax +39 02 48 21 95 71;
Sito web: www.vittoriaassicurazioni.com;
Posta elettronica: info@vittoriaassicurazioni.it;
- d) La Società, costituita nel 1921, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/04/1923 n. 966. La Compagnia è autorizzata all'esercizio delle attività ricomprese nei Rami I, II, III, IV, V e VI di cui all'art. 2, comma 1, D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209.
Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione sez. I n. 1.00014 – Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi n. 008.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto della Società ammonta a 283.326.183 euro¹: il capitale sociale è 67.378.924 euro, mentre le riserve patrimoniali sono pari a 215.947.259 euro. L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è 2,1. Esso 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

La durata del contratto, così come il pagamento dei premi, è vitalizia.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza dell'Assicurato

Il pagamento all'Assicurato di una rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato stesso nel compimento degli atti elementari della vita

¹ Al netto del dividendo distribuito.

quotidiana, da corrispondere a seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza e finché l'Assicurato è in vita.

Questo contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante la compilazione di un modulo sanitario per Assicurati la cui età non supera i 54 anni, mentre a partire dal 55° anno e fino al 70° viene richiesto in aggiunta un rapporto di visita medica redatto dal Medico Curante.

Avvertenza: in ogni caso l'efficacia della garanzia, a seguito di eventi particolari, risulterà limitata per alcuni anni (carenza) e precisamente per tre anni in caso di non autosufficienza causata da Alzheimer o demenza senile e per un anno per altre malattie. Si rinvia all'articolo 10 delle Condizioni di Polizza.

In tali casi rimane convenuto che, qualora il Contratto stesso sia al corrente con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà in luogo della rendita assicurata una somma pari all'importo dei premi versati al netto dei diritti di cui al seguente punto 5.1.

Si rimanda altresì agli articoli 1 e 9 delle Condizioni di Polizza.

b) Prestazione assicurata per l'esonero pagamento premi in caso di non autosufficienza dell'Assicurato

L'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana.

Si intende non autosufficiente l'Assicurato che sia incapace di svolgere almeno quattro delle attività elementari della vita quotidiana (ADL) su sei oppure nel caso in cui gli sia stata diagnosticata la perdita irreversibile delle capacità mentali causata da morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

Poiché i premi riguardano esclusivamente la copertura del rischio di non autosufficienza, nessuna altra prestazione è prevista in caso di decesso dell'Assicurato.

Si raccomanda al Contraente di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in Proposta e relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

L'entità del premio dipende dall'età, dal sesso dell'Assicurato e dal livello delle garanzie previste dal contratto. Presupposto per la corretta determinazione del premio è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato e delle sue abitudini di vita (professione, sport praticati).

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto ad ottenere il pagamento della prestazione.

Il Contraente acquisisce tutti i diritti contrattuali con il pagamento in via anticipata (ossia all'inizio di ogni annualità contrattuale) di un premio annuo il cui importo non può essere inferiore a 161,48 euro nel caso di frazionamento del premio annuale e 50,00 euro, per ciascuna rata di premio versata, nel caso di frazionamenti sub-annuali. Il premio resta costante per tutta la durata contrattuale. In ogni caso la rendita assicurata, su base annua, non può risultare inferiore a 6.200,00 euro.

Sul premio annuo pattuito, a copertura delle spese di amministrazione e commerciali sostenute dalla Società, vengono applicati i costi illustrati al successivo punto 5.1.

Il Contraente può optare che il pagamento del premio annuo avvenga mediante la corresponsione di rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali o mensili; in tali casi gli importi delle rate di premio saranno maggiorati degli interessi di frazionamento illustrati al successivo Punto 5.1. Nel caso in cui venga prescelto il frazionamento mensile del premio,

la rata da corrispondere alla sottoscrizione del contratto è trimestrale e non è gravata da alcun interesse di frazionamento.

In polizza è indicato l'ammontare del premio annuo iniziale che è rivedibile periodicamente. Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro, la Società si riserva il diritto di rivedere il premio ogni 5 anni.

Si rinvia altresì all'articolo 5 delle Condizioni di Polizza.

Il Contraente potrà richiedere alla Società l'indicazione delle basi statistiche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

Tale eventuale revisione potrà determinare di volta in volta un aumento o una diminuzione del premio in corso. Il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi clienti per una identica copertura assicurativa.

L'ammontare del nuovo premio annuo viene determinato dalla Società con riferimento alla tariffa in vigore a tale epoca, considerando l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto.

La Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla ricorrenza annuale di polizza.

Qualora il Contraente non accetti la variazione di premio ha la facoltà di interrompere i versamenti, nel qual caso il contratto sarà considerato ridotto, oppure accettare il ricalcolo della prestazione assicurata, fermo restando l'importo del premio in corso.

Il versamento del premio viene effettuato direttamente a favore di Vittoria Assicurazioni S.p.A. o a favore dell'Agenzia presso la quale il contratto è stipulato mediante:

- pagamento con moneta elettronica;
- assegno circolare o assegno bancario non trasferibile;
- bonifico bancario.

A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente non può opporre che la Società non abbia inviato alcun avviso di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Di seguito vengono fornite alcune esemplificazioni degli importi richiesti per la specifica copertura assicurativa. Gli importi indicati, comprensivi dei diritti fissi, non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato. Tali valutazioni possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario o, se previsto, si sia assoggettato a visita medica.

Assicurazione di rendita vitalizia per il caso di perdita di autosufficienza a prestazione e a premio annuo vitalizio costanti (Tariffa 112A)								
Importi di premio in euro								
Rendita annua 12.000,00 €			Rendita annua 24.000,00 €			Rendita annua 36.000,00 €		
Età	Sesso		Età	Sesso		Età	Sesso	
	Maschile	Femminile		Maschile	Femminile		Maschile	Femminile
30	281,30	401,30	30	526,10	766,10	30	770,90	1.130,90
35	281,30	401,30	35	526,10	766,10	35	770,90	1.130,90
40	281,30	401,30	40	526,10	766,10	40	770,90	1.130,90
45	330,50	475,70	45	624,50	914,90	45	918,50	1.354,10
50	394,10	571,70	50	751,70	1.106,90	50	1.109,30	1.642,10
55	479,30	700,10	55	922,10	1.363,70	55	1.364,90	2.027,30
60	593,30	871,70	60	1.150,10	1.706,90	60	1.706,90	2.542,10
65	743,30	1.100,90	65	1.450,10	2.165,30	65	2.156,90	3.229,70
70	942,50	1.410,50	70	1.848,50	2.784,50	70	2.754,50	4.158,50

Premi calcolati in ipotesi di frazionamento del premio annuale. Il premio ivi riportato è quello successivo al perfezionamento del contratto (ovvero il premio, costante per tutta la durata del contratto, che il cliente verserà successivamente alla rata di perfezionamento).

La rata di perfezionamento, pagata alla sottoscrizione del contratto, per via del diverso ammontare dei diritti di emissione rispetto a quelli di quietanzamento, (i primi pari a euro 5,00 e i secondi pari a euro 1,50), risulterà pari al premio riportato nelle tabelle maggiorato di euro 3,50. Per le voci di costo si rimanda al successivo punto 5.1.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Sui premi versati dal Contraente gravano dei costi a copertura delle spese commerciali ed amministrative. In particolare la Società trattiene:

Descrizione costo	Importo	Descrizione
Diritti di emissione	5,00 euro	Applicati sulla prima rata di premio.
Diritti di quietanzamento	1,50 euro	Applicati su ogni premio annuo, o rata di premio, successivo/a alla prima.
Costo fisso	35,00 euro	Applicato su ogni premio annuo, indipendentemente dall'ammontare del premio stesso.
Caricamento Percentuale	23,0%	Applicato su ogni premio al netto dei diritti elencati in tabella.

TAR.
112A

L'incidenza percentuale dei costi applicati sul premio dipende esclusivamente dall'importo di quest'ultimo e, data la presenza del costo fisso, tale incidenza tende a ridursi all'aumentare dell'importo del premio.

Qualora il Contraente richieda il frazionamento del premio annuo, l'importo delle rate sarà determinato applicando interessi di frazionamento in dipendenza della rateazione prescelta. Nella tabella I vengono indicati gli interessi applicati in caso delle possibili diverse rateazioni del premio.

Tabella I - Interessi di frazionamento

Rateazione	Interessi di frazionamento
Semestrale	1,00%
Quadrimestrale	1,25%
Trimestrale	1,50%
Mensile	2,00%

Rammentiamo quanto delineato al precedente Punto 3, ovvero che questo contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica (ad eccezione dei casi in cui può limitarsi alla compilazione di un questionario

sanitario). Il costo della visita medica è a carico del Contraente, e dipende dalla natura degli accertamenti sanitari e dalle strutture sanitarie presso le quali questi vengono svolti.

Con riferimento all'intero flusso dei costi summenzionati, in base alle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio, la quota parte percepita dagli intermediari risulta essere pari al 22,5%.

6. Sconti

Avvertenza: la Società o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società medesima.

7. Regime fiscale

Di seguito vengono illustrati il regime fiscale previsto per i premi e le prestazioni dalla normativa in vigore al momento della redazione della presente Nota informativa.

7.1 Tassazione del premio

Il premio versato sul presente contratto non è gravato da alcun tipo di imposta a carico del Contraente.

7.2 Detrazione fiscale del premio

Le Assicurazioni sulla vita aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla Legge.

In virtù della riduzione di imposta della quale il Contraente viene così a beneficiare, il costo effettivo dell'assicurazione risulta inferiore al premio versato.

7.3 Tassazione delle somme liquidate

Le rate di rendita corrisposte in caso di non autosufficienza dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto viene stipulato dal Contraente con la firma della Proposta contenente i dati e le dichiarazioni ivi richieste.

Le modalità di perfezionamento del Contratto si differenziano a seconda del tipo di emissione effettuata:

A) Emissione del Contratto presso l'Agenzia (emissione decentrata)

Nel caso in cui:

- al questionario allegato alla Proposta, siano state date tutte risposte negative;
- l'età dell'Assicurato sia uguale o inferiore a 54 anni;

il Contratto sarà emesso direttamente presso l'Agenzia, contestualmente al pagamento della rata di premio di perfezionamento.

B) Emissione del Contratto in Direzione (emissione direzionale)

Nel caso in cui una o più condizioni riportate alla lettera A) non si realizzi, la Proposta sarà inviata presso la Direzione della Società che si riserva il diritto di richiedere ulteriori informazioni, visite mediche, ecc. prima di decidere se accettare o meno la Proposta.

In caso di accettazione della Proposta la Società consegnerà al Contraente, dietro pagamento della rata di premio di perfezionamento, il simple di Polizza.

In entrambi i casi il Contratto si considera concluso, sempreché sia stato effettuato il pagamento della rata di perfezionamento, all'atto della consegna da parte dell'incaricato della Società del simple di Polizza o, in mancanza al ricevimento della comunicazione scritta inviata dalla Società contenente l'accettazione della proposta. Le garanzie vengono attivate a partire dalla data di decorrenza indicata sul simple di Polizza.

Si rimanda altresì all'articolo 2 delle Condizioni di Polizza.

8.1 Condizioni per la sottoscrizione

La scelta dell'importo di rendita va effettuata in relazione agli obiettivi perseguiti; in ogni caso sono in vigore i seguenti limiti tariffari:

- età contrattuale dell'Assicurato alla decorrenza: compresa tra i 18 ed i 70 anni;
- rendita annua minima assicurabile: 6.200,00 euro;
- rendita annua massima assicurabile: 36.000,00 euro.

Per età contrattuale dell'Assicurato si intende l'età, espressa in anni interi, compiuta all'ultimo compleanno. Qualora alla data di decorrenza siano trascorsi dall'ultimo compleanno sei mesi o più, l'età computabile viene aumentata di un anno.

9. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

La risoluzione del contratto, con la conseguente decadenza di tutte le garanzie e di tutti gli impegni contrattuali, può avvenire a seguito di:

- recesso da parte del Contraente: nei limiti e nelle modalità illustrate al successivo punto 12);
- decesso dell'Assicurato;
- interruzione del pagamento dei premi: il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, durante il pagamento delle prime tre annualità di premio, determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza di ciascuna rata, la risoluzione del contratto e i premi versati restano acquisiti dalla Società senza diritto a capitale ridotto o a valore di riscatto. Il premio del primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Tuttavia, se risultano versate almeno tre annualità di premio, l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi, con una prestazione ridotta.

A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente non può opporre che la Società non abbia inviato alcun avviso di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Si rimanda altresì all'articolo 6 delle Condizioni di Polizza.

9.1 Ripresa del pagamento dei premi, riattivazione del contratto

Il pagamento di ciascuna rata di premio è dovuto alla relativa data di scadenza; qualora il pagamento avvenga nei trenta giorni successivi a tale data non è applicato alcun interesse per ritardato pagamento. Se il premio non viene pagato entro i trenta giorni successivi a ciascuna scadenza, e non siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, la garanzia assicurativa decade.

Il Contratto può tuttavia essere riattivato nei 6 mesi che seguono la scadenza della prima rata non pagata, versando gli importi arretrati aumentati degli interessi calcolati al saggio legale di interesse. La riattivazione è comunque subordinata alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima rata non pagata, l'assicurazione non può più essere riattivata.

10. Riscatto e riduzione

La presente assicurazione non ammette valore di riscatto.

Nel caso in cui risultino versate almeno tre annualità di premio, l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi, per una prestazione ridotta.

Il valore di riduzione è calcolato moltiplicando la rendita annua per il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e il numero di premi attesi sul contratto. Il numero di premi attesi è ottenuto sottraendo da 104, l'età contrattuale dell'Assicurato.

La riattivazione del contratto è normata dal precedente Punto 9 e dall'articolo 6 delle Condizioni di Polizza.

11. Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del Contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la Proposta di emissione del contratto senza l'addebito di alcun onere, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita - Viale Renato Serra 46 - 20149 Milano
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca la Società rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto.

12. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Direzione della Società con le medesime modalità indicate al precedente Punto 11).

La conclusione del contratto si considera avvenuta quando il premio pattuito è stato versato ed il Contraente ha ricevuto la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della

Società o, in luogo di tale accettazione, l'originale di polizza sottoscritto dalla medesima. Il recesso ha l'effetto di liberare le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Contraente, previa consegna della Polizza e delle eventuali Appendici, il premio da questi eventualmente corrispostole al netto della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il Contratto ha avuto effetto e delle spese effettive sostenute per l'emissione del contratto di cui al precedente Punto 5.1.

13. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termine di prescrizione

Il pagamento da parte della Società delle rate di rendita mensili in caso di non autosufficienza, avviene entro il termine massimo di 30 giorni previsto dalle Condizioni di Polizza agli artt. 11 e 12. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori al saggio legale di interesse, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti (Legge n. 266 del 23/12/2005 e successive modificazioni ed integrazioni). In particolare il D.L. 155/2008, convertito nella legge 4 dicembre 2008 n. 190, ha stabilito che le somme dovute su polizze per le quali sia maturata la prescrizione, vengano versate al fondo che, come richiesto dalla Legge Finanziaria 2006, è stato istituito presso il Ministero delle Finanze a favore delle vittime delle frodi finanziarie.

Ogni pagamento viene effettuato dalla Società a favore degli aventi diritto tramite l'Agenzia in cui il contratto è stato stipulato oppure mediante bonifico bancario sul conto corrente indicato dal Beneficiario.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto e tutte le comunicazioni ad esso relative vengono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

16. Reclami

Fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami, Viale Renato Serra, n. 46 - 20149 Milano (fax 02/48.20.47.37 – tel. 02/482.199.53 – e-mail servizioreclami@vittoriaassicurazioni.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'ISVAP – Via del Quirinale n. 21 – 00187 Roma.

Devono essere presentati direttamente all'ISVAP, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti:

- a) l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni – e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b) le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.

In particolare i reclami indirizzati all'ISVAP dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP:

- a) i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'ISVAP provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti;
- b) i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'ISVAP provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;
- c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB – Via G.B. Martini 3 – 00198 Roma;
- d) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP – Via in Arcione 71 – 00187 Roma.

In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'ISVAP provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.

17. Informativa in corso di contratto

La Società fornirà per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa che dovessero intervenire anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

In caso di revisione delle basi demografiche, la Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla ricorrenza annuale di polizza.

La Società fornisce riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazione presentata dal

Contraente o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro venti giorni dalla ricezione della richiesta scritta.

18. Comunicazioni del Contraente alla Società

A norma di quanto previsto dall'art. 1926 del Codice Civile, si segnala che è comunque incluso nella garanzia assicurativa, senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente, il rischio derivante da qualunque cambiamento relativo all'attività professionale purché intervenuto successivamente alla stipulazione del Contratto.

19. Conflitto di interessi

Vittoria Assicurazioni, in presenza di un potenziale conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e cercando di perseguire i migliori risultati per i Contraenti stessi.

* * *

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

L'Amministratore Delegato
Roberto Guarena

TAR.
112A

Condizioni di polizza

Art. 1 - Prestazioni

IAI verificarsi degli eventi assicurati di cui al successivo articolo 9, in qualsiasi epoca essi avvengano, la Società garantisce, a favore del Beneficiario designato, il pagamento mensile di una rendita vitalizia. Tale rendita, definita dal Contraente in sede di sottoscrizione del Contratto, è costante per tutta la durata del Contratto.

In caso di decesso dell'Assicurato la Polizza si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La prestazione viene estesa anche alla garanzia di esonero dal pagamento dei premi in caso di non autosufficienza riconosciuta.

Qualora l'importo annuo della rendita risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'art.3, commi 6 e 7 L. 8.8.1995, n. 335, è data la possibilità all'Assicurato di richiedere la liquidazione in capitale dell'intero importo maturato.

Art. 2 - Entrata in vigore del contratto

Il Contratto entra in vigore, purché sia stata regolarmente pagata la rata dovuta al perfezionamento, alla data di decorrenza indicata nel simplo di Polizza consegnato al Contraente dall'incaricato della Società o, in mancanza, dal giorno in cui la Società ha inviato per iscritto al Contraente comunicazione del proprio assenso.

Qualora la polizza preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima di tale giorno, sempre che sia stata pagata la prima rata di perfezionamento.

Art. 3 - Facoltà di revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta di emissione del contratto senza l'addebito di alcun onere. L'esercizio della facoltà di revoca richiede da parte del Contraente apposita comunicazione scritta alla Società.

Quest'ultima, entro trenta giorni dal ricevimento di detta comunicazione, rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto.

Art. 4 - Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Direzione della Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto.

La conclusione del contratto si considera avvenuta quando il premio pattuito è stato versato ed il Contraente ha ricevuto la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società o, in luogo di tale accettazione, l'originale di polizza sottoscritto dalla medesima.

Il recesso ha l'effetto di liberare le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa al Il recesso ha l'effetto di liberare le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Art. 5 - Pagamento dei premi

A fronte della rendita annua assicurata indicata in polizza, il Contraente è tenuto al pagamento di un premio annuo costante è dovuto in via anticipata alla data di decorrenza del contratto ed a ogni anniversario successivo e comunque non oltre la morte dell'Assicurato o il termine del periodo di differimento delle prestazioni qualora sia riconosciuta la perdita di autosufficienza.

Il Contratto è stipulabile per un importo di premio annuo che non può risultare inferiore ad euro 161,48 nel caso di frazionamento del premio annuale e 50,00 euro, per ciascuna rata di premio versata, nel caso di frazionamenti sub-annuali. Il premio resta costante per tutta la durata contrattuale. In ogni caso la rendita assicurata, su base annua, non può risultare inferiore a 6.200,00 euro.

Su richiesta del Contraente il premio annuo può essere corrisposto in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali o mensili anticipate con l'applicazione di interessi dipendenti dal frazionamento stesso. Nel caso di frazionamento mensile del premio, la prima rata dovuta alla sottoscrizione del contratto è trimestrale senza l'applicazione di interessi di frazionamento. Il premio di primo anno, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro ricevuta emessa dalla Società, presso il domicilio di quest'ultima o dell'Agenzia cui è assegnata la Polizza.

In polizza è indicato l'ammontare del premio annuo iniziale che è rivedibile periodicamente; infatti nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro, la Società si riserva il diritto di rivedere il premio ogni 5 anni.

Il Contraente potrà richiedere alla Società l'indicazione delle basi statistiche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

Tale eventuale revisione potrà determinare di volta in volta un aumento o una diminuzione del premio in corso. Il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi clienti per una identica copertura assicurativa.

L'ammontare del nuovo premio annuo viene determinato dalla Società con riferimento alla tariffa in vigore a tale epoca, considerando l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto.

La Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla ricorrenza annuale di polizza.

Qualora il Contraente non accetti la variazione di premio, lo stesso ha la facoltà di interrompere i versamenti, nel qual caso il contratto sarà considerato ridotto, oppure accettare il ricalcolo della prestazione assicurata, fermo restando l'importo del premio in corso.

Art. 6 - Interruzione del pagamento dei premi - Riattivazione

L'interruzione del pagamento dei premi, a seconda del numero delle annualità già

corrisposte, determina la risoluzione o la riduzione del Contratto.

Qualora al momento dell'interruzione del pagamento dei premi siano già state corrisposte meno di tre annualità di premio, la Società trascorsi trenta giorni dalla data di scadenza delle rate insolute, procederà alla risoluzione del Contratto con la decadenza di tutte le garanzie contrattuali e l'acquisizione da parte della Società dei premi già versati dal Contraente.

Qualora invece al momento dell'interruzione del pagamento dei premi siano già state corrisposte almeno tre annualità di premio l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi, per una prestazione ridotta.

Il valore di riduzione è calcolato moltiplicando la rendita annua per il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e la differenza tra 104 e l'età dell'assicurato all'ingresso dell'assicurazione.

A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente non può in nessun caso opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza o provveduto all'incasso a domicilio del premio.

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. La riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima rata non pagata, l'assicurazione non può essere riattivata.

Art. 7 - Riscatto e riduzione

La presente assicurazione non ammette valore di riscatto.

Qualora il Contraente abbia corrisposto almeno tre annualità di premio, egli può richiedere la riduzione del contratto, ovvero l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi, per una prestazione ridotta.

Il valore di riduzione è calcolato moltiplicando la rendita annua per il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e la differenza tra 104 e l'età dell'assicurato all'ingresso dell'assicurazione.

Art. 8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, la Polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella Proposta di assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, e salvo la rettifica della rendita assicurata in base all'età dell'Assicurato quando quella dichiarata risulti errata.

Art. 9 - Rischi assicurati ed esclusioni

Il diritto alla prestazione si ha in caso di incapacità a svolgere:

- almeno quattro delle attività elementari della vita quotidiana (ADL) su sei; oppure
- in caso di perdita irreversibile delle capacità mentali causata da morbo di Alzheimer o da

altre forme di demenza senile diagnosticate all'Assicurato.

L'erogazione della rendita avrà inizio a partire dal 91° giorno successivo alla data di denuncia dello stato di non autosufficienza (periodo di differimento).

Il rischio assicurato è coperto senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Le prestazioni previste dal contratto non sono dovute se lo stato di non autosufficienza esisteva al momento della sottoscrizione.

Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di perdita di autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- dolo del Contraente e/o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a atti dolosi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- partecipazione attiva a guerra civile, tumulti o sommosse ed atti di terrorismo;
- tentativo di suicidio e lesioni provocate volontariamente;
- alcolismo ed uso di droghe;
- rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- contaminazione chimica, batteriologica o radioattiva;
- malattie nervose e mentali di origine non organica e che non risultano in un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana.

In questi casi la Società paga l'importo della Riserva Matematica calcolato a quel momento.

Art. 10 - Clausola di Carenza

La garanzia decorre:

- a. dal giorno di entrata in vigore del contratto nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia dovuto ad infortunio;
- b. dopo un periodo di carenza di 3 anni a decorrere dalla data di entrata in vigore del contratto nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica;
- c. dopo un periodo di carenza di 1 anno a decorrere dalla data di entrata in vigore del contratto nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia dovuto ad altre cause indipendenti da quelle specificate nei precedenti punti a. e b.

I casi di non autosufficienza conseguenti a malattie manifestatesi e/o diagnosticate durante il periodo di carenza, liberano la Società dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione del contratto ed il relativo rimborso dei premi versati al netto dei diritti di emissione indicati in polizza.

Art. 11 – Denuncia di sinistro

Qualora sopravvenga uno stato di non autosufficienza, obiettivamente accertabile ai sensi del successivo articolo 12 delle presenti condizioni, il Contraente, l'Assicurato o altra persona da essi designata devono farne denuncia alla Società a mezzo lettera

raccomandata.

La data di denuncia corrisponde alla data di spedizione della suddetta raccomandata.

La denuncia deve essere accompagnata o seguita da un certificato del medico curante che attesti lo stato di non autosufficienza, l'epoca di esordio dei disturbi psico – motori e la precisazione circa la causa delle condizioni di non autosufficienza.

A fronte della denuncia, la Società invierà all'Assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" da quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, la Società si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

Art. 12 – Accertamento dello stato di non autosufficienza

La Società si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza entro 60 giorni dalla denuncia del sinistro, qualora il Contraente e l'Assicurato abbiano provveduto all'inoltro di tutta la documentazione prevista all'articolo 11 delle presenti Condizioni.

Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la rendita mensile verrà erogata il primo giorno di ogni mese a partire dal terzo mese successivo alla data di presentazione della denuncia di sinistro.

La garanzia di esonero dal pagamento dei premi avrà effetto dalla scadenza della prima rata di premio successiva al periodo di differimento della prestazione. Qualora lo stato di dipendenza non sia ancora stato accertato, il Contraente è tenuto al versamento dei premi che gli verranno rimborsati una volta riconosciuto lo stato di non autosufficienza.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento, qualora siano trascorsi i tre mesi di differimento, viene equiparato al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e dà diritto alle rate di rendita scadute nel frattempo, a meno che non sia già stato comunicato per iscritto il disconoscimento di tale stato.

In caso di controversia sull'esito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, il Contraente ha la facoltà di ricorrere al collegio medico con le modalità indicate al successivo articolo 14.

Art. 13 – Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva il diritto di sottoporre, non più di una volta l'anno, l'Assicurato non autosufficiente alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato ed a richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Assicurato stesso.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza, la Società comunicherà al Beneficiario ed al Contraente la sospensione della liquidazione della rendita e la sospensione dell'esonero dal pagamento del premio di polizza.

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio di polizza, a partire da quello immediatamente successivo alla comunicazione della Società, anche se frazionato in rate sub-annuali. L'importo di detto premio sarà equivalente a quello che il Contraente avrebbe

pagato laddove non fosse mai intervenuto lo stato di non autosufficienza.

In caso di controversia sull'esito della verifica dello stato di non autosufficienza, il Contraente o l'Assicurato, o il suo Amministratore di Sostegno di cui alla Legge n.6/2004, ha la facoltà di ricorrere al collegio medico (articolo 14).

Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita verrà sospeso.

Art. 14 – Collegio medico

In caso di disaccordo sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il Contraente o l'Assicurato, o il suo Amministratore di Sostegno di cui alla Legge n.6/2004, ha la facoltà, entro 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Medico, composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo la scelta del terzo medico sarà demandata al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico che risiederà nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico decide a maggioranza, come amichevole compositore senza formalità di procedura con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

I medici, ove ritengano opportuno potranno esperire qualsiasi accorgimento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo. Tutte le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art. 15 - Beneficiari

Il Beneficiario della rendita è la persona assicurata.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata.

Art. 16 - Pagamenti della Società

Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la rendita mensile verrà erogata il primo giorno di ogni mese a partire dal terzo mese successivo alla data di presentazione della denuncia di sinistro.

Ciascuna rata mensile di rendita verrà corrisposta mediante bonifico con valuta pari alla data del pagamento, su un conto corrente bancario intestato al Beneficiario.

In caso di variazione delle coordinate bancarie sulle quali viene effettuato il pagamento delle rate mensili di rendita, il Beneficiario dovrà comunicare le modifiche per posta o via fax alla Direzione della Società. Quest'ultima garantisce l'utilizzo di tali nuove coordinate per il pagamento delle rate di rendita aventi data scadenza non anteriore ai trenta giorni successivi alla data di ricevimento di tale comunicazione.

In occasione di ogni ricorrenza anniversaria la Società dovrà ricevere da parte dell'Assicurato una autocertificazione di esistenza in vita sottoscrivendo apposita dichiarazione fattagli pervenire a tali epoche dalla medesima. La Società si riserva, oltre che il diritto agli accertamenti di cui all'articolo 13, la facoltà di verificare l'esistenza in vita

dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza anniversaria.

Qualora, trascorsi quarantacinque giorni dall'invio della richiesta di autocertificazione, senza che questa sia pervenuta alla Società, la stessa procederà all'immediata sospensione dell'erogazione della rendita. Qualora il mancato ricevimento da parte della Società dell'autocertificazione sia dovuto a cause diverse dal decesso dell'Assicurato, il ricevimento da parte di quest'ultima di una nuova autocertificazione determina la riattivazione dell'erogazione della rendita con il pagamento delle rate eventualmente rimaste in sospeso. La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro trenta giorni dalla scadenza pattuita, decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

Art. 18 - Foro competente

Per le eventuali controversie relative al presente contratto il Foro Competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del Consumatore.

Per agevolare la comprensione dei termini assicurativi che con maggior frequenza ricorrono nel presente fascicolo, di seguito si riportano quelli d'uso più comune con le relative definizioni:

Appendice

Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo ai fini dell'efficacia delle modifiche del Contratto.

Assicurato

E' la persona fisica, che può coincidere o meno con il Contraente, sulla cui vita è stipulato il Contratto di assicurazione. Le prestazioni del Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Attività elementari della vita quotidiana (ADL)

Sono tali le seguenti attività:

Lavarsi: Capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.

Vestirsi: Capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato, dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze non è considerata determinante.

Nutrirsi: Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo.

Mobilità: Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc...

Continenza: Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona. Ciò significa che l'Assicurato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane).

Spostarsi: Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

Beneficiari

Sono le persone fisiche o giuridiche designate dal Contraente che hanno il diritto di riscuotere le prestazioni assicurate al verificarsi degli eventi previsti dal contratto. Nel presente contratto coincide con l'Assicurato.

Carenza contrattuale

Periodo di tempo che intercorre fra l'entrata in vigore del Contratto e l'inizio della garanzia.

Conclusione del contratto

E' l'atto che esprime l'accettazione da parte della Società della proposta di contratto sottoscritta dal Contraente. L'accettazione può avvenire mediante espressa comunicazione scritta da parte della Società o con la consegna dell'originale di polizza sottoscritta dalla medesima.

Condizioni di Polizza

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interesse

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente

È la persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società, paga il premio e dispone dei diritti derivanti dal contratto stesso.

Costi gravanti sul premio

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Data di decorrenza

È la data d'inizio del contratto e, sempre che il premio sia stato regolarmente corrisposto, dalla quale decorre l'efficacia del contratto.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza
- Nota Informativa
- Condizioni di Polizza
- Glossario
- Moduli amministrativi
- Proposta

ISVAP

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Nota Informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al Contratto stesso e alle sue caratteristiche.

Perdita delle capacità mentali

È l'incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a se stessi senza l'assistenza continua da parte di altra persona e deriva da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica.

Periodo di differimento

È il periodo di tempo, 90 giorni, che intercorre dalla denuncia dello stato di non autosufficienza all'erogazione della prestazione.

Polizza

È il documento che comprova l'esistenza del contratto. Essa è rappresentata dal semplice di polizza appositamente predisposto dalla Società o, in suo difetto, dalla proposta di polizza corredata dalla comunicazione della Società di accettazione della stessa.

Premio

È la somma che il Contraente paga a fronte delle prestazioni assicurate dal contratto; esso è richiesto ad ogni ricorrenza di pagamento per tutta la durata contrattuale, ovvero finché l'Assicurato è in vita e in stato di autosufficienza.

Proposta

È il documento mediante il quale è manifestata la volontà del Contraente - in qualità di Proponente - di stipulare il contratto ed in cui vengono raccolti i dati necessari per l'emissione di quest'ultimo.

Recesso

È la facoltà del Contraente di annullare il contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Rendita assicurata

È la rendita iniziale indicata in polizza, determinata in funzione del premio versato, dell'età e del sesso dell'Assicurato.

Revoca della Proposta

È la possibilità del Contraente di annullare la proposta fino al momento della conclusione del contratto.

Riattivazione del contratto

Possibilità di ripristinare nella forma originaria pattuita la polizza per la quale sia stato sospeso il pagamento dei premi.

Riduzione (o liberazione)

Operazione conseguente alla sospensione del pagamento dei premi annui. Qualora sia stato corrisposto il numero minimo di annualità di premio previsto, il contratto rimane in vigore per una prestazione ridotta rispetto a quella inizialmente assicurata, e il Contraente è liberato dall'obbligo del pagamento dei premi residui.



Assicurazione vita di non autosufficienza

pag. 1
di 2

POLIZZA N. _____

AGENZIA/CANALE _____

CODICE AGENZIA/CANALE _____

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale/Partita Iva _____

in qualità di Contraente della polizza vita sopra indicata, in base alle Condizioni di Polizza, chiede di dare corso alle seguenti variazioni contrattuali:

A Modifica dell'indirizzo di residenza, che deve intendersi variato come segue:

Comune _____

Provincia _____

C.A.P. _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

B Modifica del frazionamento del premio dalla prossima ricorrenza anniversaria, a seguito della quale il premio annuo verrà corrisposto con rateazione _____

C Interruzione del pagamento dei premi e conseguente riduzione della prestazione assicurata con sospensione del pagamento delle rate di premio con scadenza dal ____/____/____

D Riattivazione del versamento dei premi, a questo fine richiede di conoscere l'ammontare del premio di riattivazione come previsto dalle Condizioni di Polizza.

Data, _____

Contraente _____

Firma ed eventuale Timbro dell'Azienda

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA/CANALE PER LA CERTIFICAZIONE DELLA CONSEGNA.

Generalità e Firma dell'incaricato _____

Apporre timbro datario d'Agenzia/Canale _____

Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 i dati personali conferiti con la presente richiesta verranno trattati da Vittoria Assicurazioni S.p.A. al solo scopo di provvedere a dare corso alla richiesta inoltrata e per ottemperare agli obblighi di legge vigenti.





DENUNCIA DI SINISTRO

**Direzione Vita/Amministrazione
Ufficio Liquidazioni**

ANTICIPATA A MEZZO FAX al numero 0240933495

pag. 2
di 2

Assicurazione vita di non autosufficienza

POLIZZA N. _____

AGENZIA/CANALE _____

CODICE AGENZIA/CANALE _____

CONTRAENTE- Cognome e Nome _____

DATA DEL SINISTRO _____

Il sottoscritto Assicurato, in base a quanto indicato nel Fascicolo Informativo, con il presente modulo di denuncia l'insorgere dello stato di non autosufficienza e chiede l'avvio delle pratiche di accertamento dello stesso da parte della Società; a tal fine allega il certificato del medico curante come previsto dalle condizioni di polizza.

Data _____

L'Assicurato _____
Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA/CANALE PER LA CERTIFICAZIONE DELLA CONSEGNA.

ULTIMO PREMIO PAGATO

Generalità e Firma dell'incaricato _____

Apporre timbro datario d'Agenzia/Canale _____

Data di scadenza e Data di pagamento _____

Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 i dati personali conferiti con la presente richiesta verranno trattati da Vittoria Assicurazioni S.p.A. al solo scopo di provvedere alla liquidazione della prestazioni e per ottemperare agli obblighi di legge vigenti.



Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 67.378.924 INT. VERS. - P. IVA, COD.FISC. E REG. IMPRESE MILANO N. 0132910158
SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20149 MILANO - VIALE RENATO SERRA, 46 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE
SEZIONE I N.1.00014 - CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008

linea
PROTEZIONE

**ASSICURAZIONE VITA DI
NON AUTOSUFFICIENZA**

PROPOSTA N° (PROGETTO ESEMPLIFICATIVO PERSONALIZZATO N°)

Prodotto	LTC a premi annui vitalizi costanti e rendita costante	Tariffa	112A
Agenzia			
Canale Distribuzione			

CONTRAENTE

Cognome Nome		Codice Fiscale	
Indirizzo			
Comune		Provincia	C.A.P.
E_Mail		Telefono	

ASSICURANDO

Cognome Nome		Codice Fiscale	
Età Anni		Sesso	
Luogo Di Nascita		Data Di Nascita	
Professione			

DATI ANTIRICICLAGGIO

Cod. Gruppo		Cod. Sottogruppo	
Documento Identificativo Valido		Numero Documento	
Rilasciato Da		Luogo	II

DATI DELLA POLIZZA

Decorrenza		Durata Anni		Vita Intera	Numero Premi	V.I.	Frazionamento	
------------	--	-------------	--	-------------	--------------	------	---------------	--

COMPOSIZIONE DEL PREMIO E DELLE PRESTAZIONI

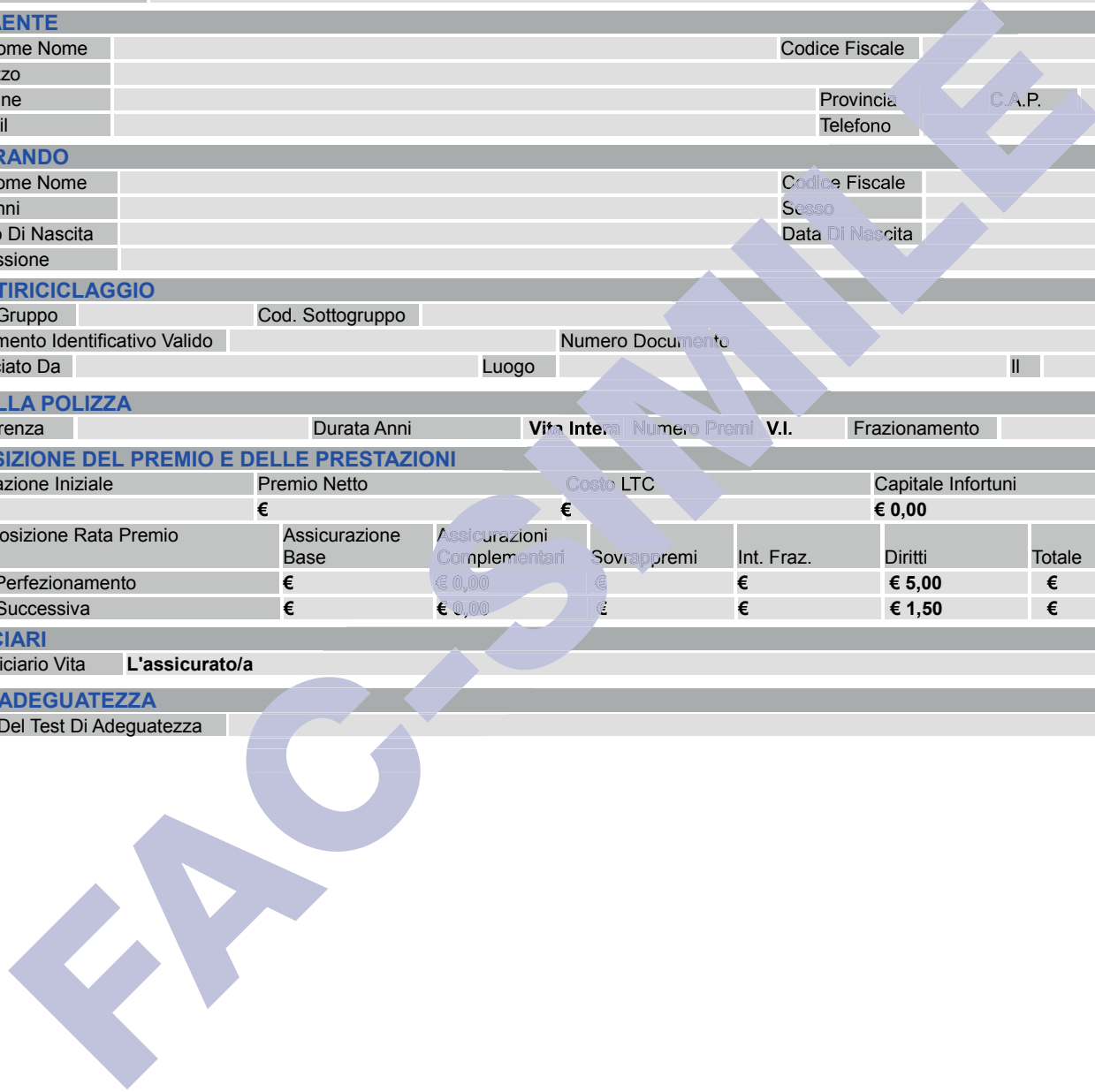
Prestazione Iniziale	Premio Netto	Costo LTC			Capitale Infortuni	
€	€	€	€	€	€	€
					€ 0,00	
Composizione Rata Premio	Assicurazione Base	Assicurazioni Complementari	Sovrappremi	Int. Fraz.	Diritti	Totale
Rata Perfezionamento	€	€ 0,00	€	€	€ 5,00	€
Rata Successiva	€	€ 0,00	€	€	€ 1,50	€

BENEFICIARI

Beneficiario Vita	L'assicurato/a
-------------------	-----------------------

TEST DI ADEGUATEZZA

Esito Del Test Di Adeguatezza	
-------------------------------	--



Vittoria Assicurazioni





L'ASSICURANDO DICHIARA:

- DI PROSCIUOLIERE DAL SEGRETO PROFESSIONALE TUTTI I MEDICI CHE LO HANNO CURATO O VISITATO E LE ALTRE PERSONE, GLI ENTI ASSISTENZIALI, LE CASE DI CURA, ECC. AI QUALI VITTORIA ASSICURAZIONI CREDERÀ, IN OGNI TEMPO, ANCHE DOPO L'EVENTUALE SINISTRO, DI RIVOLGERSI PER INFORMAZIONI. ACCONSENTE ALTRESÌ CHE TALI INFORMAZIONI SIANO, PER FINALITÀ TECNICHE, STATISTICHE, ASSICURATIVE E RIASSICURATIVE COMUNICATE AD ALTRI ENTI.

IL CONTRAENTE E L'ASSICURANDO DICHIARANO:

- DI AVER PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA RESA AI FINI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 30/06/2003 N. 196 E ACCONSENTONO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI PERSONALI NELL'AMBITO E CON I LIMITI INDICATI NELL'INFORMATIVA A CONDIZIONE CHE SIANO RISPETTATE LE DISPOSIZIONI DELLA NORMATIVA DI LEGGE.
- DI AVER PRESO ATTO CHE IL PREMIO E/O LE GARANZIE ASSICURATIVE RIPORTATI SUL SIMPLO DI POLIZZA POTREBBERO RISULTARE DIVERSI DA QUELLI INDICATI NELLA PRESENTE PROPOSTA (AD ES. PER L'ESCLUSIONE DI UNA GARANZIA ACCESSORIA RICHIESTA), IN TAL CASO SI CONSIDERERANNO EFFICACI LE GARANZIE ED I PREMI INDICATI SULLA POLIZZA.

FIRMA CONTRAENTE	FIRMA ASSICURANDO	FIRMA DI CHI RACCOGLIE I DATI

IL CONTRAENTE DICHIARA :

- DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO MOD. PB 1159.0611 CONTENENTE LE CONDIZIONI DI POLIZZA, DI AVERNE PRESO VISIONE E DI ACCETTARLE COME PARTE INTEGRANTE DEL CONTRATTO.
- AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 DEL CODICE CIVILE DI APPROVARE ESPRESSAMENTE DI DETTE CONDIZIONI GLI ARTICOLI RELATIVI A : PAGAMENTO DEL PREMIO, DIRITTO DI RECESSO, CLAUSOLA DI CARENZA, FACOLTÀ DI REVOCA DELLA PROPOSTA, RIATTIVAZIONE, RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA. ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, RISCHI ASSICURATI ED ESCLUSIONI
- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE LA PRESENTE PROPOSTA E' REVOCABILE IN QUALSIASI MOMENTO FINCHÈ IL CONTRATTO NON SIA CONCLUSO, SENZA ADDEBITO DI ALCUN ONERE DA PARTE DELLA SOCIETÀ.
- DI ESSERE A CONOSCENZA CHE UNA VOLTA STIPULATO IL CONTRATTO EGLI PUO' RECEDERE DAL MEDESIMO ENTRO 30 GIORNI DALLA SUA CONCLUSIONE MEDIANTE COMUNICAZIONE A MEZZO RACCOMANDATA, PERCEPENDO IL RIMBORSO DEL PREMIO VERSATO AL NETTO DELLE SPESE DI EMISSIONE SOPRA INDICATE.
- DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL PAGAMENTO DEL PREMIO DI PERFEZIONAMENTO PUO' AVVENIRE ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE:
 - MONETA ELETTRONICA
 - ASSEGNO BANCARIO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE A FAVORE DI VITTORIA ASSICURAZIONI S.P.A.
 - BONIFICO BANCARIO A FAVORE DI VITTORIA ASSICURAZIONI S.P.A.
 - ASSEGNO BANCARIO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE A FAVORE DELL'AGENTE, QUALE INTERMEDIARIO DI VITTORIA ASSICURAZIONI S.P.A.
 - BONIFICO BANCARIO A FAVORE DELL'AGENTE QUALE INTERMEDIARIO DI VITTORIA ASSICURAZIONI S.P.A.

ATTENZIONE: NEL CASO DI PAGAMENTO DEL PREMIO CON MEZZI NON DIRETTAMENTE INDIRIZZATI A VITTORIA ASSICURAZIONI S.P.A., OVVERO ALL'AGENTE NELLA SUA QUALITÀ DI INTERMEDIARIO DI QUEST'ULTIMA, LA PROVA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO DEL PREMIO ALLA SOCIETÀ È RAPPRESENTATA DALLA INDICAZIONE DELL'IMPORTO PAGATO E DALLA APOSIZIONE DELLA FIRMA DEL SOGGETTO CHE PROVEDE MATERIALMENTE ALLA RISCOSSIONE DELLE SOMME E ALLA RACCOLTA DEL PRESENTE CONTRATTO.

- IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO INFORMATIVO E IL PROGETTO PERSONALIZZATO COME PREVISTO DALLE VIGENTI DISPOSIZIONI ISVAP

PROPOSTA EMESSA IN IL

FIRMA CONTRAENTE		FIRMA DELL'AGENTE GENERALE
GENERALITÀ DELL'INCARICATO		FIRMA DELL'INCARICATO



DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'ASSICURATO È CONSAPEVOLE CHE DICHIARAZIONI NON VERITIERE POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI.

1) L'ASSICURANDO SVOLGE UNA DELLE SEGUENTI PROFESSIONI? AUTOTRASPORTATORE DI MATERIALE ESPLOSIVO, PIROTECNICO, ADDETTO A LAVORI IN POZZI, CAVE, GALLERIE O MINIERE, GAS E MATERIE VELENOSE, PALOMBARO, SOMMERSIBILISTA, PARACADUTISTA, MILITARE CHE PARTECIPA A MISSIONI ALL'ESTERO O APPARTENENTE A CORPI SPECIALI, ADDETTI ALLA SICUREZZA PUBBLICA APPARTENENTI A CORPI SPECIALI, ADDETTI ALLA SICUREZZA PRIVATA IN MISSIONI ALL'ESTERO, ADDETTI AD ORGANI DI INFORMAZIONE IN ATTIVITÀ ALL'ESTERO? (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA INVIARE LA PROPOSTA IN DIREZIONE UNITAMENTE AL QUESTIONARIO RELATIVO ALLA PROFESSIONE) SI NO

2) L'ASSICURANDO SVOLGE UNA ATTIVITÀ SPORTIVA PERICOLOSA COME: ALPINISMO (OLTRE IL 3° GRADO UIAA), SCI ALPINISMO FUORI PISTA, BOBLEIGH (GUIDOSLITTA), SKELETON (SLITTINO), IMMERSIONI SUBACQUEE CON AUTORESPIRATORE, SPELEOLOGIA, SALTI DAL TRAMPOLINO CON SCI O IDROSCI, GARE DI AUTOMOBILISMO E/O MOTOCICLISMO, MOTONAUTICA, PARACADUTISMO, PARAPENDIO, DELTAPLANO E ATTIVITÀ AFFINI? SI NO

2.1) SELEZIONARE L'ATTIVITÀ SPORTIVA SVOLTA DELL'ASSICURANDO.

PARACADUTISMO, PARAPENDIO

DELTAPLANO, VOLO SENZA MOTORE

AVIAZIONE, VOLO CON MOTORE

CORSE AUTOMOBILISTICHE, RALLY

CORSE MOTOCICLISTICHE

MOTONAUTICA

ALPINISMO OLTRE IL 3° GRADO UIAA

SCI ALPINO FUORI PISTA, SCI ESTREMO

IMMERSIONI SUBACQUEE CON AUTORESPIRATORE

SPELEOLOGIA

COMPILARE NEL CASO DI POLIZZA ASSUNTA SENZA VISITA MEDICA

3) IL PESO DELL'ASSICURATO ESPRESSO IN CHILOGRAMMI SUPERA DI 15 LA PARTE DECIMALE DELLA SUA ALTEZZA ESPRESSA IN METRI? SI NO

4) LA PRESSIONE ARTERIOSA DELL'ASSICURANDO È SUPERIORE A 150 DI MASSIMA OD A 90 DI MINIMA? SI NO

5) L'ASSICURANDO SOFFRE O HA SOFFERTO DI MALATTIE O MENOMAZIONI PSICO - FISICHE, TALI DA ALTERARE IL NORMALE BUONO STATO DI SALUTE E PER LE QUALI SIA STATO RICOVERATO? (AD ESCLUSIONE DI: ERNIE, APPENDICITE, COLECISTI, TONSILLE, VENE VARICOSE, EMORROIDI, PATOLOGIE TRAUMATICHE) SI NO

6) L'ASSICURANDO È IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CONTINUATIVO PER MALATTIE CRONICHE? SI NO

7) L'ASSICURANDO HA EFFETTUATO TEST PER EPATITE B, C O HIV CHE ABBIANO AVUTO ESITO POSITIVO? SI NO

8) L'ASSICURANDO È AFFETTO DA ALCOLISMO, FA O HA MAI FATTO USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI? SI NO

9) BENEFICIA DI ESENZIONE TOTALE DAL TICKET SANITARIO IN RAGIONE DI PATOLOGIE CRONICHE, E/O RARE OPPURE HA FATTO RICHIESTA PER OTTENERLA? SI NO

LUOGO E DATA

L'ASSICURANDO