



FASCICOLO INFORMATIVO

Assicurazione Collettiva per il Caso Morte e Invalidità
Permanente a premio unico a copertura del debito residuo - tar. 116L

Vittoria Tutela Futuro - Collettiva Mutui Plus

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- Informativa ex art.13 del D.lgs.196 del 30/6/2003
- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Fac-simile Mandato di Adesione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della polizza

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa



Vittoria
Assicurazioni

Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni

Informativa ai sensi dell'articolo 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

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 associativi e consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati - individuati in base ai contratti e ai rami assicurativi interessati;
 - IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (Via del Quirinale, 21 - Roma);
 - CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Yser, 14 - Roma) la quale, in base alle specifiche normative, gestisce tra gli altri: il Fondo di garanzia per le vittime della strada; il Fondo di garanzia per le vittime della caccia; il Fondo di rotazione per la solidarietà alle vittime dei reati di tipo mafioso, dell'estorsione e dell'usura; il Fondo dei "rapporti dormienti"; la Stanza di compensazione, prevista dal D.P.R. n. 254 del 18 luglio 2006 per i sinistri r.c. auto liquidati ai sensi della convenzione CARD, ecc.;
 - Ufficio Centrale Italiano - UCI. S.c. a r.l. (Corso Sempione, 39 - Milano), il quale gestisce e liquida i sinistri provocati in Italia da veicoli immatricolati in Stati esteri alle condizioni cui all'art. 6 della legge 24 dicembre 1969, n. 990, come modificato dalla legge 7 agosto 1990, n. 242; garantisce le "carte verdi" emesse dalle imprese assicuratrici socie; garantisce il rimborso dei sinistri causati all'estero da veicoli immatricolati in Italia non assicurati o assicurati presso imprese assicuratrici poste in liquidazione coatta amministrativa;
 - COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 - Roma);
 - Banca d'Italia - UIF - Unità di Informazione Finanziaria (Via IV Fontane, 123 - Roma), ai sensi della normativa anticiclaggio;
 - CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa - Via Martiri 3, Roma;
 - Istituti nazionali che operano con finalità assistenziali e previdenziali, quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: l'INPS - Istituto Nazionale per la previdenza Sociale (Via Ciro il Grande, 21 - Roma) e l'INAIL - Istituto nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (P.le Pastore, 6 - Roma);
 - Istituti scientifici di studi assicurativi, di istruzione professionale e stampa tecnica assicurativa;
 - Enti e organi nazionali nei quali le imprese di assicurazione sono rappresentante;

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.

(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 fornirLe 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, Via Ignazio Gardella n. 2 – 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".

– Altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Servizio indicato nell'informativa oppure consultando il sito internet www.vittoriaassicurazioni.com.

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

Vittoria Tutela Futuro - Collettiva Mutui Plus

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

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, Via Ignazio Gardella n. 2;

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 dell'Impresa ammonta a 353.228.631 euro¹: il capitale sociale è 67.378.924 euro, mentre le riserve patrimoniali sono pari a 285.849.707 euro. L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è 1,8. 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 della presente assicurazione (tariffa 116L) non può essere superiore a 20 anni.

¹ Al netto del dividendo distribuito.

Il contratto prevede la seguente prestazioni assicurativa:

a) Prestazione assicurata in caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato

Il presente contratto prevede prestazioni in caso di morte e di invalidità permanente dell'Assicurato a premio unico a copertura del debito residuo.

Per debito residuo si intende il valore attuale finanziario anticipato delle rate del mutuo o prestito con scadenza coincidente o successiva alla data del decesso o di sopravvenuta invalidità, calcolato al tasso annuo di ammortamento applicato dalla Contraente. Il debito residuo segue un piano di ammortamento a rate costanti (ammortamento francese).

Il capitale iniziale massimo assicurato per persona non potrà essere in nessun caso superiore a 500.000 Euro.

Nel caso in cui il mutuo o prestito fosse intestato a più persone, il capitale assicurato per persona sarà pari al valore del mutuo o prestito erogato suddiviso, secondo la percentuale prescelta, fra le persone assicurate cointestatari del mutuo o prestito. Fermo il limite massimo sopraindicato per persona.

Nel caso in cui l'Assicurando fosse il garante il capitale assicurato sarà pari al valore della garanzia prestata, fermo restando il limite massimo sopraindicato per persona.

In tali casi ciascun Assicurando dovrà sottoscrivere l'apposito mandato di adesione, con il quale stipula un Contratto per il capitale assicurato relativo alla sua quota di mutuo.

Al fine di preservare la piena efficacia delle coperture assicurative è di fondamentale importanza che le dichiarazioni contenute nel mandato di adesione (proposta) rese dall'Assicurato siano complete e veritiere onde evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari ad ottenere il pagamento della prestazione.

In caso di morte o di invalidità dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce il pagamento alla scadenza della prima rata di ammortamento coincidente o successiva alla data di decesso o di sopravvenuta invalidità, del debito residuo.

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica, comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia ridotto in modo presumibilmente permanente, la capacità dell'esercizio della sua professione o mestiere e di ogni altra proficua attività, in misura almeno pari al 66%. Beneficiario della prestazione in caso di invalidità dell'Assicurato, è l'Assicurato stesso.

Al momento dell'estinzione parziale o totale del mutuo o prestito il BANCO DI CREDITO P. AZZOAGLIO S.p.A. trasmetterà alla Società copia del piano di ammortamento necessario per la liquidazione in caso di sinistro.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito alla Impresa.

La presente polizza non ammette valore di riscatto.

Si rinvia agli articoli 3 (Oggetto del contratto) ed all'articolo 4 (Rischio di morte e di invalidità totale e permanente) delle Condizioni di Polizza per gli aspetti di dettaglio, in particolare circa i rischi esclusi.

4. Premio

Il premio unico netto da corrispondere, in via anticipata, a fronte della garanzia prevista dal contratto, sarà determinato in base all'età dell'assicurato e alla durata del mutuo o prestito erogato, e si ottiene moltiplicando il tasso di premio corrispondente a detta durata ed all'età dell'Assicurato per il capitale assicurato inizialmente.

Il sesso dell'assicurato non influisce nella determinazione del premio, nel rispetto della Direttiva Europea 2004/113/CE sul principio della parità di trattamento tra uomini e donne.

Qualora l'accettazione del rischio da parte della Società fosse subordinata all'applicazione di sovrappremi di natura sanitaria e/o professionale e/o sportivi, l'importo di premio come sopra determinato viene aumentato di un ulteriore importo ottenuto moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per il tasso di sovrappremio corrispondente.

In caso di variazioni, intervenute relativamente al tasso di interesse che il Contraente si impegna a comunicare all'Impresa, tali tassi potranno essere modificati sulla base del confronto tra le basi tecniche adottate ed i risultati dell'esperienza diretta.

Tali variazioni avranno effetto sulle polizze di nuova emissione.

Sul premio versato dal Contraente gravano i costi di cui al Punto 5.1.

Nel caso in cui l'Assicurato proceda ad estinguere anticipatamente il debito conseguente al finanziamento erogatogli, la copertura assicurativa resta pienamente efficace.

L'Assicurato ha facoltà di modificare il Beneficiario in qualsiasi momento.

L'anticipata estinzione del finanziamento può determinare l'estinzione della copertura assicurativa, nel caso in cui:

- 1) detta estinzione anticipata avvenga contestualmente all'erogazione da parte della Contraente di un nuovo finanziamento all'Assicurato;
- 2) l'Assicurato ritenga non più necessario mantenere efficace la copertura assicurativa.

In tali casi, previa esplicita e contestuale richiesta della Contraente e tramite quest'ultima, la Società riconosce all'Assicurato, a titolo di rimborso, la parte di premio non goduta. L'importo rimborsato è una percentuale del premio corrisposto alla sottoscrizione, variabile con la durata originaria della copertura e con il tempo trascorso dalla sottoscrizione. Analoga richiesta con pari efficacia può essere indirizzata alla Società direttamente dall'Assicurato purché essa sia accompagnata da espressa liberatoria sottoscritta dalla Contraente. Il rimborso effettuato dalla Società tramite la Contraente a favore dell'Assicurato consiste nella restituzione della parte di premio unico pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, calcolata sommando due importi:

- una quota del premio al netto dei costi di cui al Punto 5.1, in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo;
- una quota dei costi di cui al Punto 5.1 in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

C – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

La sottoscrizione del presente contratto comporta esclusivamente dei costi gravanti sul premio corrisposto.

5.1 Costi gravanti sul premio

L'importo di premio calcolato come al precedente punto 4 è comprensivo di costi variabili, a copertura delle spese di amministrazione e commerciali sostenute dalla Società.

Il costo gravante sul premio ammonta al 35,0% dello stesso, di cui la quota parte riconosciuta all'intermediario nel corso dell'anno 2012 è pari al 71,40%.

6. 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.

6.1 Tassazione del premio

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

6.2 Detrazione fiscale del premio

Le Assicurazioni sulla vita aventi per oggetto il rischio di morte 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.

6.3 Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

D – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7. Modalità di perfezionamento del Contratto

La copertura assicurativa viene attivata con la sottoscrizione da parte dell'Aderente e dell'Assicurato del mandato di adesione e con il pagamento del premio dovuto a fronte del capitale assicurato.

La copertura assicurativa viene attivata con decorrenza coincidente con la data di erogazione del finanziamento ed entra in vigore alle ore 24.00 della data di decorrenza del contratto di locazione finanziaria (corrispondente alla data di emissione della prima fattura di canone da parte della Contraente).

7.1 Condizioni per la sottoscrizione

Per i contratti con capitale iniziale non superiore a 300.000,00 Euro, i rischi vengono assunti con la compilazione del questionario contenuto nel mandato di adesione di assicurazione, che il Contraente dovrà inviare alla Società.

L'Età minima dell'Assicurato all'inclusione in Polizza è pari a 18 anni, quella massima a 65 anni (sempre alla stipula del contratto). L'età massima dell'Assicurato alla scadenza della propria posizione individuale è pari a 70 anni.

Per Assicurandi di età superiore a 60 anni, qualunque sia il capitale iniziale, è necessario la presentazione del rapporto di visita medica redatto dal Medico Curante con esame delle urine.

Per i contratti con capitale iniziale superiore a 300.000,00 Euro e fino a 500.000,00 Euro, i rischi vengono assunti, oltre che con la compilazione del suddetto mandato di adesione, previa la presentazione della seguente documentazione sanitaria:

- Rapporto di visita medica redatto da Fiduciario Ordinario;
- Esame completo delle urine;
- Elettrocardiogramma a riposo e con prova da sforzo al cicloergometro;
- Emocromo, glicemia, creatininemia, colesterolemia totale ed HDL, azotemia e trigliceride mia;
- HBsAG;
- Prove di funzionalità epatica (transaminasi, Gamma GT, bilirubinemia totale e frazionata, protidogramma elettroforetico, fosfatasi alcalina, LDH)
- anti HIV;
- PSA (per assicurandi di sesso maschile con età superiore a 50 anni).

La garanzia assicurativa, per ogni singolo Assicurando, si intenderà accordata con effetto dalla data di erogazione del mutuo o prestito, se entro 15 giorni dall'arrivo in sede del mandato di adesione completato in ogni sua parte non sarà data alcuna comunicazione contraria al Contraente.

Qualora, sempre entro 15 giorni dall'arrivo in sede del mandato di adesione completato e sempre che l'esame delle risposte date dall'Assicurato lo rendesse necessario, l'Impresa potrà richiedere ulteriori accertamenti sanitari, il cui costo sarà a carico degli Assicurandi, applicare dei sovrappremi, oppure potrà rifiutare il rischio.

Nel caso sia necessaria l'applicazione di sovrappremi, in base alle risultanze del questionario contenuto nel mandato di adesione o in base alla documentazione sanitaria presentata, si procederà alla riduzione del capitale assicurato in ragione del sovrappremio dovuto.

Le richieste di ulteriori accertamenti sanitari oppure il rifiuto del rischio saranno comunicate, da parte dell'Impresa, direttamente al Contraente.

8. Risoluzione del contratto

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

- recesso dalla copertura assicurativa: nei limiti e nelle modalità illustrate al successivo Punto 12);
- liquidazione delle prestazioni assicurate in caso decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato (articolo 3 delle Condizioni di assicurazione).

9. Riscatto e riduzione

La presente forma tariffaria non prevede valori di riscatto o di riduzione.

10. Revoca del Mandato di Adesione

Nella fase che precede la conclusione del contratto, l'Aderente ha sempre la facoltà di revocare il Mandato di Adesione senza l'addebito di alcun onere. L'esercizio della facoltà di revoca richiede da parte dell'Aderente apposita comunicazione scritta da far pervenire tramite la Contraente alla Società. Quest'ultima, entro 30 giorni dal ricevimento di detta comunicazione, rimborsa alla Contraente il premio eventualmente corrisposto.

11. Diritto di recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso mediante richiesta scritta da far pervenire alla Società tramite la Contraente.

La conclusione del contratto coincide con l'entrata in vigore della copertura assicurativa, ossia il giorno di erogazione del finanziamento. Il recesso ha l'effetto di liberare le parti da qualsiasi obbligazione 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 il premio pagato al netto della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

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

Il pagamento da parte della Società del capitale assicurato in caso di decesso avviene entro il termine massimo di 30 giorni dalla data di presentazione di tutti i documenti necessari, elencati all'articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni, come previsto dall'articolo 22 del D.L. n. 179 del 18/10/2012 (entrato in vigore il 20/10/2012), e convertito dalla L. 17/12/2012 n. 221, 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 mediante bonifico bancario sul conto corrente indicato dal Beneficiario.

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

14. 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.

15. 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, Via Ignazio Gardella, n. 2 - 20149 Milano (fax 02/48.20.47.37 - email 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'IVASS - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma.

Devono essere presentati direttamente all'IVASS, 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'IVASS 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'IVASS:

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'IVASS 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'IVASS 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'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.

16. 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.

La Società invierà al Cliente, entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare ovvero da ogni ricorrenza annuale, una comunicazione che contiene informazioni sull'ammontare del capitale assicurato, e il nominativo del/dei beneficiario/beneficiari o del/dei vincolatario/vincolatari.

17. 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.

Il Cliente per eventuali richieste di informazioni in merito al rapporto assicurativo, diverse dai reclami, può:

- contattare il numero verde 800.016611
- inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@vittoriaassicurazioni.it.

18. 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.

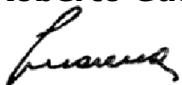
--- --- ---

AREA RISERVATA

In ottemperanza al Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013, si comunica che sul sito internet della Compagnia www.vittoriaassicurazioni.com è disponibile la nuova Area Riservata dedicata ai Clienti Vittoria. Registrandosi al servizio il Contraente potrà consultare la sua posizione assicurativa in modo semplice e veloce, senza limitazione di orario e senza recarsi in Agenzia, attraverso un semplice collegamento internet. Per registrarsi all'Area Riservata sarà sufficiente inserire il numero di una qualsiasi polizza Vittoria Assicurazioni attiva, il Codice Fiscale o la Partita IVA, un indirizzo e-mail valido e seguire delle semplici istruzioni che verranno inviate dal sistema via mail. Per ottenere maggiori informazioni sul servizio o ottenere assistenza sull'utilizzo del sistema è attivo il numero verde 800 01.66.11.

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

**Vittoria Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Roberto Guarena**



Data dell'ultimo Aggiornamento: 01/10/2013.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Vittoria Tutela Futuro - Collettiva Mutui Plus

Polizza Temporanea Collettiva per il Caso Morte e Invalidità Permanente a premio unico a copertura del debito residuo – Tariffa 116L

Art. 1 - Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e appendici da essa firmate.

Art. 2 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede e salvo la rettifica del capitale assicurato in base all'età dell'Assicurato, quando quella denunciata risulti errata.

Art. 3 – Oggetto del contratto

La Società, in caso di morte o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, qualunque possa esserne la causa – salvo le circostanze indicate all'Art. 4 che segue – senza limiti territoriali ed indipendentemente dai cambiamenti di professione dell'Assicurato, garantisce il pagamento immediato al Beneficiario designato dall'Assicurato di un capitale pari al debito residuo calcolato al momento del sinistro, ovvero pari all'importo risultante dalla proporzione fra l'importo erogato ed il capitale assicurato.

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica, comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia ridotto in modo presumibilmente permanente, la capacità dell'esercizio della sua professione o mestiere e di ogni altra proficua attività, in misura almeno pari al 66%.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Il presente Contratto non ammette valore di riscatto.

Il presente Contratto viene stipulato dalla Contraente nel momento in cui il proprio Cliente – che diventa in tal modo Assicurato – chieda ed ottenga l'erogazione di un mutuo o di un prestito.

Nel caso di estinzione anticipata o di trasferimento del finanziamento, la Società restituisce all'Assicurato, tramite il Contraente, la parte di premio unico pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

Essa è calcolata sommando due importi:

- una quota del premio al netto dei costi di cui al Punto 5.1 della Nota Informativa, in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo;
- una quota dei costi di cui al citato Punto 5.1 in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

Art. 4 – Rischio di morte e di invalidità totale e permanente

Il contratto non è valido se il decesso o l'invalidità sono causate da:

a) Dolo dell'Assicurato, del Contraente e/o del Beneficiario;

b) Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

c) Suicidio o tentativo di suicidio dell'Assicurato, se questo avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

In tutti questi casi, la Società corrisponde al Beneficiario designato l'importo pari alla Riserva Matematica calcolata al momento del decesso.

Art. 5 – Pagamento del premio unico

Il premio unico deve essere corrisposto al momento della sottoscrizione del mutuo, rogito notarile o prestito sottoscritto tra Assicurato e Contraente e della contestuale sottoscrizione della proposta.

Art. 6 – Beneficiari

Il Beneficiario è designato dall'Assicurato; al Beneficiario/ Beneficari la Società liquiderà il debito residuo calcolato al momento del decesso dell'Assicurato stesso.

L'Assicurato della Collettiva può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione per iscritto, con le modalità indicate nell'ultimo capoverso.

La designazione dei Beneficari non può essere revocata e modificata nei seguenti casi:

- dopo che l'Assicurato della Collettiva ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte dell'Assicurato della Collettiva;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di recesso, pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficari.

La dichiarazione di revoca o modifica del Beneficiario deve essere fatta a mezzo raccomandata o disposta per testamento, purché la designazione testamentaria faccia riferimento in maniera espressa alla polizza vita.

Beneficiario della prestazione in caso di invalidità dell'Assicurato, è l'Assicurato stesso.

Art. 7 – Pagamenti della Società

Per i pagamenti conseguenti al decesso o invalidità dell'Assicurato deve essere inoltrata alla Società, da parte del Beneficiario, richiesta scritta unitamente ai documenti di seguito indicati:

- a) relazione medica sulle cause del sinistro;
- b) ulteriore documentazione di carattere sanitario eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa.

In caso di decesso dell'Assicurato è inoltre necessario allegare il certificato di morte.

L'Impresa si impegna ad effettuare il pagamento dell'importo spettante entro trenta giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria richiesta.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, 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 dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Art. 8 - Denuncia del sinistro e pagamenti della Società

La denuncia del sinistro deve essere comunicata dal Contraente mediante comunicazione scritta e deve contenere l'indicazione di: luogo, data, ora e causa dell'evento.

Alla denuncia deve essere allegata o far seguito la seguente documentazione:

- relazione medica sulle cause del sinistro;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

In caso di decesso dell'Assicurato è inoltre necessario allegare il certificato di morte.

Il Contraente, una volta in possesso della sopraindicata documentazione, comunicherà alla Società il capitale da liquidare, pari al debito residuo al momento dell'evento.

Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

La Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione relativa al decesso dell'Assicurato o dal riconoscimento dello stato di invalidità totale e permanente. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Art. 9 - Accertamento dello stato di invalidità

Nell'ambito della "Assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte e invalidità totale e permanente a premio unico a copertura del debito residuo" - Tariffa 116L, verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente deve farne denuncia alla Società per gli opportuni accertamenti facendo pervenire alla Società medesima, a mezzo lettera raccomandata, il certificato del medico curante redatto sul modulo fornito dalla Società e corredato della documentazione clinica idonea a dimostrare l'esistenza dello stato di invalidità.

A richiesta della Società, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, sono obbligati :

1. a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
2. a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia e si impegna ad accertare l'invalidità entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Il decesso che intervenga prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale ad avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità.

10- Procedimento arbitrale volontario

Nell'ambito della "Assicurazione collettiva temporanea per il caso di morte e invalidità totale e permanente a premio unico a copertura del debito residuo" - Tariffa 116L, ed in caso di disaccordo sul riconoscimento dello stato di invalidità potrà essere fatto ricorso ad un procedimento arbitrale che si atterrà alla disciplina di seguito indicata :

- in caso di disaccordo sul riconoscimento dell'invalidità permanente, il Contraente o l'Assicurato ha 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 lo ritengano opportuno, potranno esperire qualsiasi accertamento 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.8 – Imposte

Imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari aventi diritto.

Art.9 – Foro competente

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

Data dell'ultimo aggiornamento: 01/10/2013.

GLOSSARIO

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:

Anno (annuo): periodo di tempo la cui durata è pari a 360 giorni. **Annuale (durata):** periodo di tempo la cui durata è pari a 360 giorni.

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 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. Assicurato nel presente contratto è colui che contrae il mutuo.

Beneficiario: Nel presente contratto il Beneficiario/ i Beneficiari della prestazione in caso di morte dell'Assicurato è/ sono assegnati dall'Assicurato stesso. Beneficiario in caso di invalidità permanente dell'Assicurato è l'Assicurato stesso.

Capitale assicurato: è il capitale che, in ogni epoca contrattuale, può essere liquidato ai Beneficiari nel caso in cui si verificano gli eventi assicurati.

Conclusione del contratto: è 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.

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.

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: è l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto, periodo durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

Gender Directive: E' la Direttiva 2004/113/CE, del Parlamento europeo, che vieta, a fare data dal 21/12/2012, l'utilizzo di tassi demografici differenziati per sesso nel calcolo dei premi delle Polizze. I premi non possono essere, a parità di prestazione assicurata, diversi per Assicurati di sesso maschile rispetto ad Assicurati di sesso femminile.

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

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è pari a 30 giorni.

Premio: È la somma che il Contraente paga a fronte delle prestazioni assicurate dal contratto.

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

Proposta: È il Mandato di Adesione, documento mediante il quale è manifestata alla Società la volontà dell'Assicurato di accendere la copertura assicurativa.

Provvedimento IVASS n. 2946/2011: detto provvedimento interviene sull'articolo 48 del Reg. IVASS n. 5/2006. Sintetizziamo il dettato anti conflitto di interesse: [...] Gli intermediari comunque si astengono dall'assumere, direttamente o indirettamente, anche attraverso uno dei rapporti di cui al comma 1, primo periodo, la contemporanea qualifica di beneficiario o di vincolatario delle prestazioni assicurative e quella di intermediario del relativo contratto in forma individuale e collettiva. [...].

Recesso: Consiste nella facoltà del Contraente di annullare il contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Regolamento IVASS n. 40/2012: entrato in vigore il 01/07/2012, esso stabilisce i contenuti minimi che una polizza temporanea caso morte destinata ed abbinata alla copertura di un finanziamento deve possedere.

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

Società: È l'impresa autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa (Vittoria Assicurazioni S.p.A.).

Data dell'ultimo aggiornamento: 01/10/2013.



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Cap. Soc. Euro 67.378.924 int. vers.
P. IVA, C.F. e Reg. Imprese di Milano n. 01329510158 - Sede e Direzione:
Italia 20149 - Milano Via Ignazio Gardella, 2 - 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

Tariffa 116L - Vittoria Tutela Futuro - Collettiva Mutui Plus

NOMINATIVO

	LUOGO/DATE DI NASCITA
RESIDENZA	

C.F.

ADESIONE INDIVIDUALE ALL'ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE E DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE IN FORMA COLLETTIVA E DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO SUL PROPRIO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto Assicurando, professione: sesso maschile femminile

con riferimento all'istruttoria per la concessione di un finanziamento:

Capitale erogato: € Durata (mesi)

Capitale assicurato: € pari al % del capitale erogato

Costi: euro (25,0% del Premio Unico) e Provvigioni a favore dell'Intermediario euro (25,0% del premio)

Premio unico anticipato: €
Data decorrenza:
Durata copertura assicurativa (anni):

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato.

Il sottoscritto Assicurando, ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, acconsente esplicitamente alla conclusione dell'assicurazione collettiva da stipularsi fra BANCO DI CREDITO P. AZZOAGLIO S.P.A., in qualità di contraente dell'assicurazione e VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A. e dichiara quanto segue:

1) Gode di buona salute? SI NO

Se no, quali eventuali disturbi accusa?.....

2) Negli ultimi sei mesi è stato/a ricoverato /a in ospedale o case di cura? SI NO

Se si, precisarne l'epoca, il motivo e l'esito.....

3) Ha sofferto o soffre di malattie psichiche o del sistema nervoso, di malattie del sangue, infettive o relative ad uno dei seguenti apparati: respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urogenitale, endocrino-metabolico, osteoarticolare, che abbiano richiesto più terapie, o cicli di cure o un ricovero ospedaliero nel corso degli ultimi cinque anni? SI NO

Se si, precisare quali e quando

4) Svolge attività professionali e/o sportive pericolose? SI NO

Se si, precisare quali

5) Nome e indirizzo del medico curante.....

Il sottoscritto Assicurato, inoltre, dichiara:

- che nulla ha taciuto, omesso od alterato nelle risposte che precedono e che le informazioni date, essendo elementi fondamentali e necessari per l'esatta valutazione del rischio, sono assolutamente conformi al vero e ne assume la responsabilità anche se scritti da altri;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale tanto i medici che possano averlo visitato e curato, quanto tutte le altre persone o Enti ai quali Vittoria Assicurazioni dovesse rivolgersi, anche dopo il suo decesso, per ottenere informazioni;
- che indica come **Beneficiario della prestazione assicurata:**

L'Assicurato.....

L'Assicurato, dichiara espressamente di aver ricevuto ed esaminato il Fascicolo Informativo PB 2032.1013 con incluse le condizioni di assicurazione relative alla convenzione stipulata tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni SpA. Dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa resa ai fini del decreto legislativo 196/2003 e consente il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali nei limiti previsti dall'Informativa e dalla normativa vigente. Si precisa che nel caso in cui il finanziamento preveda una durata espressa in frazioni d'anno, il premio e la durata della copertura assicurativa saranno calcolati fino alla scadenza annuale successiva. **L'Assicurato prende inoltre atto che nel caso in cui il finanziamento preveda una durata superiore alla durata della copertura assicurativa, la copertura assicurativa è limitata al solo periodo in cui questa è attiva e che tale copertura si riferisce ad un capitale inferiore all'effettivo debito residuo del piano di ammortamento.**

Firma del Dipendente

L'Assicurato





Il presente Fascicolo Informativo è stato aggiornato in data 01/10/2013



Vittoria
Assicurazioni

Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Cap. Soc. Euro 67.378.924 int. vers. - P. IVA, C.F. e Reg. Imprese di Milano n. 01329510158 - Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella, 2
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

PB 2032.1013 - VITTORIA TUTELA FUTURO - COLLETTIVA MUTUI PLUS