Vittoria Protezione Azienda Plus

Contratto di Assicurazione Collettiva Monoannuale per il Caso di Morte e di invalidità permanente
Tariffa 191Y



Condizioni di Assicurazione

Il presente documento contenente:

- **Indice**
- **Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Moduli amministrativi**
- **Mandato di Adesione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta.

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del Tavolo Tecnico ANIA

Vittoria Assicurazioni

Chi protegge se stesso, protegge gli altri.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Indice

Glossario pag. 2

Condizioni di Assicurazione pag. 5

Cosa assicura e quali sono le prestazioni pag. 5

Art. 1 - Prestazioni pag. 5

Art. 2 - Pagamento del Premio pag. 6

Art. 3 - Costi pag. 7

Il Contratto dalla “A” alla “Z” pag. 8

Art. 4 - Sottoscrizione, Durata ed entrata in vigore del contratto pag. 8

Art. 5 - Facoltà di Revoca della Proposta pag. 9

Art. 6 - Diritto di Recesso dal contratto pag. 9

Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell’Assicurato pag. 9

Art. 8 - Beneficiari e Referente Terzo pag. 10

Art. 9 - Foro Competente pag. 10

Art. 10 - Trasferimenti di residenza transnazionali pag. 10

Art. 11 - Prescrizione pag. 11

Art. 12 - Legge applicabile al contratto pag. 11

Modalità per la liquidazione delle prestazioni pag. 12

Art. 13 - Denuncia dell’invalidità ed obblighi relativi pag. 12

Art. 14 - Collegio Medico pag. 12

Art. 15 - Pagamenti della Società pag. 12

Norme di legge richiamate in Polizza pag. 15

Mandato di Adesione

Glossario

Per agevolare la comprensione dei termini assicurativi che con maggior frequenza ricorrono nelle presenti Condizioni di Assicurazione, 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 per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

Assicurato/Aderente
È 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.

Beneficiari
Sono le persone fisiche o giuridiche designate dal Contraente o dall'Assicurato stesso che hanno il diritto di riscuotere le prestazioni assicurate al verificarsi degli eventi previsti dal contratto.

Capitale assicurato
È il capitale che, in ogni epoca contrattuale, può essere liquidato ai Beneficiari nel caso in cui si verifichino 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 Assicurazione
Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente
È la persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società.

Convenzione
E' l'atto che il Contraente stipula con la Società per concludere assicurazioni sulla vita in forma collettiva.

Costi
Oneri a carico del Contraente gravanti sui Premi o, laddove previsto dal contratto, sulle prestazioni assicurative dovute dalla Società.

Data di Decorrenza
È la data a partire dalla quale, sempre che il Premio sia stato regolarmente corrisposto, il contratto è efficace.

Durata
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.

Evento Catastrofale
Si intende un evento di natura accidentale, un avvelenamento, un'asfissia o un fenomeno naturale, che coinvolga almeno due Assicurati. Una "catastrofe" o "evento" significa uno o più sinistri collegati che avvengano in un periodo massimo di 72 ore consecutive e derivanti direttamente o indirettamente con un unico nesso causale dallo stesso fenomeno anche se la conseguente morte o invalidità permanente equiparata a morte dovesse manifestarsi nei 12 mesi successivi.

Invalidità totale e permanente
E' la perdita totale e permanente della capacità dell'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, indipendenti dalla volontà dell'Assicurato e oggettivamente accertabili, di esercizio di qualsiasi attività lavorativa indipendentemente dalla professione svolta dall'Assicurato al momento del sinistro. L'infortunio o la malattia non devono essere preesistenti alla stipula del contratto. L'invalidità si intende totale quando, ai sensi della tabella INAIL allegata al DPR 1124 del 30/06/1965, sia pari o superiore al 66%.

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.

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

Polizza
È il documento che comprova l'esistenza del contratto. Essa è rappresentata dal simplo di Polizza appositamente predisposto dalla Società.

Premio
È la somma che il Contraente paga a fronte delle prestazioni assicurate dal contratto; nei contratti stipulati in nome e per conto è la somma dovuta dall'Aderente assicurato per il tramite del Contraente alla Società.

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
Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Referente Terzo
Persona, diversa dal Beneficiario, a cui la Compagnia potrà fare riferimento nel caso di decesso dell'Assicurato.

Revoca della Proposta

È la possibilità del Contraente di annullare la Proposta fino al momento della Conclusione del contratto.

Riduzione

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei Premi periodici, determinata tenendo conto dei Premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riscatto

È la facoltà del Contraente di estinguere anticipatamente il contratto e riscuotere un importo determinato secondo quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

Riserva Matematica

È l'importo che la Società costituisce accantonando parte del Premio versato per far fronte agli obblighi futuri assunti verso i Beneficiari.

Società, Impresa e Compagnia

È l'Impresa autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa. Nel presente contratto i termini Società, Impresa e Compagnia vengono utilizzati per indicare Vittoria Assicurazioni S.p.A.

Sovrappremio

È una maggiorazione di Premio che la Compagnia chiede al Contraente quando l'Assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (si parla in quel caso di Sovrappremio sanitario) o in relazione alle attività professionali o sportive che svolge (si parla allora di Sovrappremio professionale o sportivo).

Data dell'ultimo aggiornamento: 20/12/2024

Condizioni di Assicurazione

Cosa assicura e quali sono le prestazioni

Art. 1 - Prestazioni

Vittoria Protezione Azienda Plus (identificata come tariffa 191Y) è un'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte ed Invalidità Permanente a capitale costante ed a Premio unico.

Con il presente contratto la Società, a fronte dei Premi versati dal Contraente su ogni posizione individuale, si obbliga a corrispondere a favore dei Beneficiari designati, il Capitale assicurato in caso di decesso o di Invalidità Permanente dell'Assicurato, prima della scadenza della posizione stessa.

La presente Polizza collettiva Vita è soggetta alla Direttiva 2004/113/CE c.d. "Gender Directive" del Parlamento europeo, e come tale sottostà al divieto di applicazione di tassi demografici relativi agli Assicurati differenziati per sesso. L'importo del Premio è pertanto identico per Assicurati di sesso maschile e femminile.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della relativa copertura, questa si intenderà estinta ed il Premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Art. 1.1 - Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato non dovuto alle esclusioni di seguito dettagliate, la Società procede alla liquidazione a favore dei Beneficiari designati del capitale associato alla corrispondente posizione assicurativa. In ogni caso l'ammontare delle prestazioni assicurate è predefinito, uguale per ciascun Assicurato o variabile secondo criteri oggettivi, comunque non può dipendere dalla volontà del singolo Assicurato.

Evento catastrofale

Nel caso di sinistro che colpisca più Assicurati della Polizza Collettiva a seguito di uno stesso evento accidentale, la prestazione è limitata all'importo massimo di 5.000.000,00 euro. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti da sinistro ed in proporzione ai relativi Capitali assicurati. Per la determinazione dell'importo saranno considerati cumulativamente tutti i sinistri avvenuti durante il periodo di 72 ore. Spetta alla Società la decisione sulla data di inizio del periodo stesso.

Esclusioni

Il presente contratto assicura il rischio di morte qualunque possa esserne la causa, senza limitazioni territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
d) 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;
e) guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 g/l; abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
f) suicidio, se questo avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
g) AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o altra patologia ad essa collegata, se questo avviene nei primi 5 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Tale esclusione potrà essere annullata qualora

l'Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente contratto, allo specifico test anti-HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

In questi casi la Società paga il solo importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso.

Art. 1.2 - Prestazioni in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato

Qualora nel corso della Durata contrattuale l'Assicurato sia colpito da invalidità totale e permanente, la Società garantisce il pagamento del Capitale assicurato salve le esclusioni dettagliate successivamente.

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata e purché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia o da un infortunio, oggettivamente accertabile, indipendente dalla volontà dell'Assicurato e non preesistente alla stipula del contratto.

La Società liquida il capitale assicurato previsto per il caso di invalidità totale e permanente secondo le percentuali previste dalla tabella INAIL allegata al DPR 1124 del 30/06/1965.

La liquidazione dell'indennizzo dovuto per la garanzia di invalidità totale e permanente comporta la contestuale automatica decadenza della garanzia caso morte.

Esclusioni

È esclusa dalla garanzia l'invalidità causata dai punti a), b), c), e) di cui al precedente art. 1.1 e l'invalidità conseguente a tentativo di suicidio.

Viene inoltre esclusa la copertura dei casi di invalidità che si verifichino dopo il settantesimo anno di età dell'Assicurato e quelli dipendenti da cause di guerra, da infortunio verificatosi sia in volo che in terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare, sia come civile, fatta eccezione dei viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aereomobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche, le conseguenze di malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione.

È escluso dalla garanzia lo stato di Invalidità Permanente conseguente alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o patologie ad essa collegate.

Art. 2 - Pagamento del Premio

A fronte del Capitale assicurato, il Contraente è tenuto al pagamento, in via anticipata, di un Premio unico determinato moltiplicando il Capitale assicurato per il tasso di Premio riferito all'età computabile dell'Assicurato alla Data di Decorrenza.

Al valore così ottenuto viene quindi sommato un Costo fisso di 1,00 euro.

L'importo di Premio così ottenuto potrà essere aumentato dei Sovrappremi sanitari e/o sportivi che la Società riterrà eventualmente necessari per il rilascio dell'assenso all'assunzione del rischio.

Nel caso di coperture di Durata inferiore all'anno si stabiliranno dei ratei di Premio ottenuti riducendo i Premi sopra definiti in proporzione alla Durata della copertura.

Nel caso di uscite in corso di anno, non dipendenti dal decesso o dall'invalidità dell'Assicurato, verrà rimborsato il rateo di Premio relativo al periodo di mancata esposizione al rischio.

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

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

Le spese relative ai mezzi di pagamento prescelti gravano direttamente sul Contraente.

Art. 3 - Costi

3.1 - Costi gravanti direttamente sul Contraente

3.1.1 - Costi gravanti sul Premio

Tipologia Costo	Misura	Applicazione
Diritto fisso su ogni Assicurato	1,00 euro	Sul Premio
Caricamento Percentuale	18,00%	Sul Premio al netto del costo fisso

Qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, il relativo Costo – pari alla tariffa applicata dal Medico o dalla struttura cui si è rivolto l'Assicurato stesso - è a carico del Contraente.

Il Contratto dalla “A” alla “Z”

Art. 4 - Sottoscrizione, Durata ed entrata in vigore del contratto

Il presente contratto viene stipulato in forma collettiva ossia il Contraente, sulla base di una Convenzione sottoscritta con la Società, provvede ad attivare una pluralità di coperture assicurative a favore delle persone che abbiano sottoscritto l’apposito Mandato di Adesione. La copertura assicurativa, riferita a ciascun individuo iscritto in Polizza, che assume così il ruolo di Assicurato, consiste nell’obbligo da parte della Società, al verificarsi del decesso o dell’invalidità di quest’ultimo, di corrispondere ai Beneficiari designati la prestazione assicurativa appresso specificata. La collettività assicurata è individuata secondo criteri oggettivi quali ad esempio l’essere dipendente di un’azienda; il Contraente della Polizza (ossia, nel suddetto esempio, l’azienda) versa un Premio corrispondente alla prestazione assicurata per ciascuna persona iscritta in Polizza.

Per ciascun Assicurato il capitale viene comunicato dal Contraente all’inizio di ciascun periodo assicurativo oppure all’atto della modifica del capitale da assicurare. I Capitali assicurati sono stabiliti in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.
Nel caso di Capitali assicurati:

- fino a 300.000,00 euro: non viene richiesto dalla Società alcun accertamento sanitario, ma unicamente la compilazione di un questionario medico semplificato relativo allo stato di salute dell’Assicurato;
- da 300.000,01 a 500.000,00 euro: l’Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: RVM - analisi urine di laboratorio, emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, e test HIV;
- da 500.000,01 a 1.000.000,00 euro: l’Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: RVM - analisi urine di laboratorio, emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e test HIV;
- oltre 1.000.000,01: l’Assicurato deve effettuare i seguenti accertamenti sanitari: RVM - analisi urine di laboratorio, emocromo, glicemia, colesterolemia totale e frazionata, trigliceridemia, creatininemia, VES, transaminasi, gamma Gt, ECG basale e da sforzo HCV, HBsAg, test HIV e PSA (se l’età dell’Assicurato è maggiore di 45 anni).

Il Costo di tutti gli accertamenti sanitari è a carico del Contraente.

L’età contrattuale dell’Assicurato alla decorrenza deve essere compresa tra i 18 ed i 70 anni.
Per età contrattuale dell’Assicurato si intende l’età, espressa in anni, 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.

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha conoscenza dell’accettazione della Proposta da parte della Società o, in luogo di tale accettazione, abbia ricevuto l’originale di Polizza sottoscritto dalla medesima. Il contratto si intende perfezionato quando il Contraente abbia provveduto a corrispondere il Premio. La copertura assicurativa viene attivata a partire dalla Data di Decorrenza indicata nel Mandato di Adesione per ogni posizione individuale.

La copertura assicurativa ha Durata monoannuale: tale copertura si rinnova tacitamente ad ogni ricorrenza annuale successiva, ovvero il giorno indicato in Polizza quale Data di Decorrenza salvo il caso di cessazione della Convenzione.

Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età assicurativa. Al termine del periodo di copertura durante il quale l'Assicurato avrà superato tale età assicurativa, la relativa posizione individuale si estingue.

Per gli ingressi non coincidenti con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, la copertura assicurativa entra in vigore il giorno indicato nell'Appendice recante l'inserimento della nuova posizione assicurativa.

Art. 5 - Facoltà di Revoca della Proposta

Nella fase che precede la Conclusione del contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la Proposta senza l'addebito di alcun onere. L'esercizio della facoltà di revoca richiede da parte del Contraente apposita comunicazione scritta da far pervenire alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita, Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano

o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC).

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento di detta comunicazione, rimborsa al Contraente il Premio eventualmente corrisposto.

Art. 6 - Diritto di Recesso dal contratto

Il Contraente 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 con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita, Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano

o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC).

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.

Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica in base all'età reale, delle somme dovute salvo i casi di non assicurabilità dello stesso. In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, quest'ultima ha diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave:
   - di impugnare il contratto, dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; trascorso detto termine la Compagnia decade da tale diritto;
   - di rifiutare e, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave:
   - di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da inviare al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

- di ridurre, in caso di sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il Premio versato e quello che sarebbe stato applicato se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

Il Contraente è tenuto a fornire alla Società tutte le informazioni/documenti necessari al fine dell'assolvimento degli obblighi di adeguata verifica previsti dalla normativa antiriciclaggio. Il rifiuto di fornire le informazioni/documenti richiesti e l'impossibilità ad adempiere all'obbligo di adeguata verifica comporta per la Società l'obbligo di non instaurare il rapporto continuativo o di non eseguire l'operazione richiesta, ovvero di porre fine al rapporto continuativo già in essere e l'applicazione delle misure previste dall'art. 42 (obbligo di astensione) del D.Lgs. 231 del 2007 e s.m.i.

Art. 8 - Beneficiari e Referente Terzo

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, Beneficiario della prestazione è l'Assicurato stesso.
Il Contraente designa, al momento della sottoscrizione del contratto, il Beneficiario. E' prevista tuttavia la facoltà per il Contraente di consentire che l'Assicurato designi il Beneficiario della propria posizione individuale e tale designazione potrà in qualsiasi momento essere revocata o modificata per iscritto (artt. 1920 e 1921 C.C.).
La dichiarazione di revoca o modifica del Beneficiario deve essere fatta a mezzo raccomandata, o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC) o disposta per testamento, purché la designazione testamentaria faccia riferimento in maniera espressa alla posizione individuale.
La comunicazione della nomina o revoca o modifica del Beneficiario in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, costituisce un atto unilaterale recettizio, che come tale, non potrà essere opposto alla Compagnia fino a che la nomina o revoca del Beneficiario non sia stata comunicata alla Compagnia medesima.
Si definisce atto unilaterale recettizio qualsiasi atto che è valido ed efficace solo nel momento in cui sia giunto a conoscenza del destinatario.
La designazione dei Beneficiari non può essere revocata e modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente/l'Assicurato 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;
- 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 Beneficiari.
Inoltre, l'Assicurato che abbia effettuato la designazione beneficiaria, ha la facoltà di nominare un Referente Terzo per l'individuazione del Beneficiario a cui la Società potrà far riferimento, in caso di decesso dell'Assicurato stesso.

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 Contraente, Assicurato se diverso dal Contraente, Beneficiario o altri aventi diritto.

Art. 10 - Trasferimenti di residenza transnazionali

10.1. Il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia ogni suo eventuale trasferimento di residenza in un altro Stato membro dell'Unione Europea. Tale comunicazione deve essere effettuata a mezzo raccomandata a.r. da inviare al seguente indirizzo Vittoria Assicurazioni SpA – Rami Vita - Via I. Gardella, 2 - 20149 Milano, entro 30 giorni dal trasferimento.

10.2. A seguito della suddetta comunicazione, la Compagnia si farà carico di tutti gli adempimenti connessi alla liquidazione, al versamento e alla dichiarazione dell'eventuale imposta sui Premi prevista dalla normativa vigente nello Stato membro in cui il Contraente si è trasferito.

10.3. In caso di mancata comunicazione, la Compagnia non eseguirà alcuno degli adempimenti sopra menzionati; in tal caso il Contraente manleva e tiene indenne la Compagnia da qualsiasi somma quest'ultima sia tenuta a pagare, per qualsivoglia titolo e/o ragione, all'Autorità fiscale dello Stato membro di nuova residenza del Contraente o alle Autorità italiane a causa della mancata comunicazione.

Art. 11 - Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal momento in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.
Decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute al fondo Polizze dormienti che, come richiesto dalla Legge n. 266 del 23/12/2005 (e successive modifiche e integrazioni), è stato istituito presso il Ministero delle Finanze a favore delle vittime delle frodi finanziarie.

Art. 12 - Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Modalità per la liquidazione delle prestazioni

Art. 13 - Denuncia dell'invalidità ed obblighi relativi

Verificatesi l'invalidità dell'Assicurato, lo stesso, per il tramite del Contraente deve farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata, entro tre mesi dall'evento, facendo pervenire successivamente alla Società la dichiarazione del Contraente che attesta la cessazione del rapporto di lavoro con l'Assicurato e il certificato del medico curante, redatto su apposito modulo predisposto dalla Società, che attesti lo stato di Invalidità Permanente.

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 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.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data di invio della lettera raccomandata di cui sopra.

In caso di intervenuto decesso dell'Assicurato, la procedura di accertamento di invalidità si interrompe e viene liquidato il relativo Capitale assicurato in caso di decesso.

Art. 14 - Collegio Medico

In caso di disaccordo sul riconoscimento dell'Invalidità Permanente, il Contraente o l'Assicurato hanno 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/Assicurato 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, etc.).

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 - Pagamenti della Società

Tutti i pagamenti della Società avvengono a seguito di espressa richiesta scritta da parte degli aventi diritto.

Per i pagamenti della Società conseguenti a morte dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti elencati:

a) certificato anagrafico di morte dell'Assicurato;
b) relazione sanitaria del medico curante sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo fornito dalla Società ed eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario utile a verificare l'esattezza delle dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influenzato la valutazione del rischio, oppure, se il decesso è conseguente ad infortunio, copia del documento rilasciato dall'autorità

competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;

c) qualora la designazione dei Beneficiari fosse stata resa in forma generica (ad esempio il coniuge, i figli, ecc.) la documentazione idonea ad identificare tali aventi diritto;
d) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità di ogni avente diritto;
e) scheda di adeguata verifica della clientela di ogni avente diritto;
f) codice iban di ogni avente diritto;
g) decreto del giudice tutelare se uno o più aventi diritto alla liquidazione sono minorenni o incapaci;
h) in presenza di pegno o di vincolo, atto di assenso alla richiesta sottoscritto dal creditore pignoratizio o dal vincolatario.

Alle richieste di liquidazione a seguito di **invalidità totale e permanente** dell'Assicurato, derivante da malattia o infortunio, devono essere allegati i seguenti documenti:

a) relazione sanitaria del medico sulle cause dell'invalidità, redatta su apposito modulo fornito dalla Società ed eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario utile a verificare l'esattezza delle dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influenzato la valutazione del rischio, oppure, se l'invalidità è conseguente ad infortunio, copia del documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze;
b) verbale di riconoscimento dello stato di invalidità prodotto dall'INPS o da altro organo preposto;
c) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato;
d) scheda di adeguata verifica della clientela relativa all'Assicurato;
e) codice iban dell'Assicurato;
f) in presenza di pegno o di vincolo, atto di assenso alla richiesta sottoscritto dal creditore pignoratizio o dal vincolatario.

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti dalla Società qualora quelli precedentemente indicati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento o ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

La richiesta di liquidazione può essere consegnata all'intermediario incaricato presso cui è stato stipulato il contratto o essere inviata direttamente alla Società tramite raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita - Via Ignazio Gardella, 2 – 20149 Milano.

La Società esegue il pagamento dovuto entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di liquidazione completa di tutta la documentazione indicata nel presente articolo. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, calcolati in base al saggio di interesse legale. Il pagamento viene effettuato direttamente mediante bonifico bancario sul conto corrente indicato da ogni avente diritto. Eventuali modalità alternative potranno essere di volta in volta concordate con gli stessi.

Per facilitare la trattazione del sinistro e garantire un processo di liquidazione ordinato, tempestivo ed efficiente, la Società mette a disposizione di chi ne volesse fruire un pratico modulo di richiesta allegato alle presenti Condizioni di Assicurazione e tutta la professionalità ed il supporto dell'intermediario incaricato presso cui è stato stipulato il contratto.

Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria potrà sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura alla Compagnia affinchè la stessa, nel

rispetto della normativa relativa alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al GDPR 679/2016 e successive modifiche e/o integrazioni, possa procedere in prima persona al reperimento della documentazione. Sul sito della Compagnia è reperibile un modulo che il Beneficiario può compilare in cui autorizza la Compagnia a richiedere documentazione sanitaria a terzi. Quanto previsto dal presente articolo non intende derogare alle previsioni di legge applicabili in caso di contenzioso.

Avvertenza
La richiesta di acquisire la documentazione medico sanitaria risponde alla finalità di consentire alla Compagnia di verificare la presenza dei presupposti per la liquidabilità della prestazione assicurata; a tal fine si rammenta all'Assicurato la necessità di conservare la propria documentazione medico sanitaria e renderla disponibile al Beneficiario. In ogni caso, la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del contratto e fanno quanto in loro potere per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevante ai fini della liquidazione della prestazione. - La richiesta di acquisire la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata e la copia autentica del testamento, se presente, risponde alla finalità di consentire una corretta individuazione degli aventi diritto alla prestazione assicurativa.
Le richieste di pagamento incomplete delle informazioni o della documentazione comporteranno tempi di liquidazione più lunghi.

Data dell'ultimo aggiornamento: 20/12/2024

Norme di legge richiamate in Polizza

Al fine di agevolare il Contraente/Assicurato nella comprensione delle disposizioni di legge che regolano il presente contratto, riportiamo di seguito il testo degli articoli del Codice Civile e gli altri riferimenti normativi citati nel testo delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, [dagli affiliati], dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1919 - Assicurazione sulla vita propria o di un terzo

L'assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo. L'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.

Art. 1920 - Assicurazione a favore di un terzo

È valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo.
La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore, o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.
Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Art. 1921 - Revoca del beneficio

La designazione del beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del contraente, né dopo che, verificatosi l'evento, il beneficiario ha dichiarato di voler profittare del beneficio.
Se il contraente ha rinunziato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il beneficiario

ha dichiarato al contraente di voler profittare del beneficio. La rinuncia del contraente e la dichiarazione del beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

ALTRI RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge n. 266 del 23.12.2005 (s.m.i.) normativa sulle così dette "polizze dormienti";
- D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 (s.m.i.) normativa antiriciclaggio;
- GDPR 679/2016 normativa relativa al trattamento dei dati personali;
- Direttiva 2004/113/CE riguardante l'attuazione del principio della parità di trattamento tra uomini e donne per quanto riguarda l'accesso a beni e servizi e la loro fornitura.

Vittoria Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 | vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

Richiesta Di Variazione Contrattuale

Divisione Vita - Ufficio Gestione
Via I. Gardella 2 - 20149 Milano

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 Assicurazione, chiede di dare corso alle seguenti variazioni contrattuali:

☐ **A** Modifica del beneficio in caso di decesso dell' Assicurato, che deve intendersi da questo momento, in sostituzione di quanto precedentemente indicato, attribuito a favore di:

_____

_____

☐ **B** Modifica delle coordinate bancarie per l'addebito SDD dei versamenti programmati

BANCA _____ AGENZIA/FILIALE _____

COGNOME E NOME INTESTATARIO C/C _____

Codice fiscale intestatario c/c : | | | | | | | | | | | | | | | | |

paese	check	cin	abi	cab	c/c
IBAN					

☐ **C** Modifica dell'indirizzo di residenza, che deve intendesi variato come segue:

Comune _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Indirizzo _____ Recapito telefonico _____

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

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

☐ **F** Riattivazione del versamento dei premi, a questo fine richiede di conoscere l'ammontare del premio di riattivazione come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Data _____ Firma _____
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 _____

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 | vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

Denuncia di Sinistro

Divisione Vita - Ufficio Liquidazioni
Via I. Gardella 2 - 20149 Milano

POLIZZA N. | **AGENZIA/CANALE** | **CODICE AGENZIA/CANALE**

☐ **Decesso** / ☐ **Invalidità**

ASSICURATO - Cognome e Nome | **DATA DEL SINISTRO**

I sottoscritti Beneficiari, in base a quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione, chiedono la liquidazione della prestazione assicurata in seguito al decesso o invalidità dell'Assicurato e a tal fine allegano i documenti richiesti nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione. *(Nel caso in cui il numero dei beneficiari sia superiore rispetto a quelli predisposti nel presente modulo si prega di compilare più copie dello stesso).*

1)

Cognome e nome | Codice Fiscale/Partita Iva

Comune di nascita | Prov. | Data di nascita | Recapito telefonico

RESIDENZA - Indirizzo | Comune | Prov. | C.A.P.

2)

Cognome e nome | Codice Fiscale/Partita Iva

Comune di nascita | Prov. | Data di nascita | Recapito telefonico

RESIDENZA - Indirizzo | Comune | Prov. | C.A.P.

Si chiede inoltre che il pagamento del capitale assicurato sia eseguito con la modalità qui di seguito selezionata:

☐ **A Liquidazione da effettuarsi per il tramite dell'Agenzia/Canale;**

☐ **B Liquidazione da effettuarsi a mezzo bonifico diretto utilizzando le seguenti coordinate:**

BANCA | AGENZIA/FILIALE

C/C INTESTATO A

Codice fiscale intestatario c/c :

paese	check	cin	abi	cab	c/c
IBAN					

Il sottoscritto prende atto che l'indicazione delle coordinate bancarie sopra riportate va intesa anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1182, 3° comma, c.c.. Il pagamento dell'importo derivante dalla liquidazione della polizza indicata, utilizzando le suddette coordinate bancarie, ha pertanto valore di offerta non formale ai sensi dell'art. 1220 c.c.. Con il suddetto pagamento Vittoria Assicurazioni sarà completamente liberata da qualsiasi obbligazione derivante dalla polizza indicata.

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che con il pagamento dell'importo derivante dalla liquidazione, a seguito di erogazione immediata della prestazione totale, ogni obbligazione derivante dal contratto indicato dovrà intendersi completamente e definitivamente assolta e la polizza definitivamente estinta e priva di ogni effetto.

Data _____ Beneficiari: 1) _____ 2) _____

Firma ed eventuale Timbro dell'Azienda | Firma ed eventuale Timbro dell'Azienda

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

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 | vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

Mandato di Adesione alla Convenzione stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente

Contraente

Denominazione Sociale		
Capitale da assicurare €	Data decorrenza	Importo premio €

Assicurando

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Professione	
Data di nascita	Luogo di nascita		Sesso ☐ M ☐ F
Indirizzo	Comune	C.A.P.	Provincia
E-mail			

FAC-SIMILE

Il sottoscritto, con la firma del presente mandato, chiede l'adesione alla Polizza Collettiva e la conseguente attivazione di una copertura individuale sulla sua persona nei termini e nelle modalità previste dalle Condizioni di Assicurazione. A tale scopo rilascia le seguenti informazioni e dichiarazioni.

L'Assicurando dichiara:

- ✓ che nulla ha taciuto, omesso od alterato nelle risposte che seguono 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 scritte da altri
- ✓ di prosciogliere dal segreto professionale e legale tanto i medici che possono averlo visitato e curato quanto tutte le altre persone o enti ai quali la Società dovesse rivolgersi in qualsiasi epoca per ottenere informazioni
- ✓ di dare l'assenso alla conclusione del contratto ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile
- ✓ di aver ricevuto l'informativa al diritto di ricevere il set informativo contenente il Dip Vita, il Dip Aggiuntivo Vita e le Condizioni di Assicurazione relativo alla Convenzione stipulata tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A.
- ✓ di aver ricevuto l'informativa al diritto di richiedere le credenziali per l'accesso all'area internet riservata
- ✓ di aver ricevuto e preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. Ue n.2016/679 nonché di acconsentire al trattamento dei proprio dati personali, con particolare riferimento a quelli di categorie particolari relativi allo stato di salute, all'appartenenza ad associazioni anche a carattere sindacale, all'origine etnica e razziale, biometrici e giudiziari, svolto da Vittoria Assicurazioni S.p.A. per le finalità assicurative, con le modalità e nei termini di cui alla predetta informativa, ivi comprese le comunicazioni effettuate nei confronti dei soggetti facenti parte della "catena assicurativa" e i trattamenti degli stessi effettuati, in qualità di titolario responsabili, per adempiere alle menzionate finalità.

Luogo e data _____ **L'Assicurando** _____

Vittoria Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 | vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

Questionario sanitario

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:

A le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando possono compromettere il diritto alla prestazione

B l'Assicurando verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario

C l'Assicurando puo' richiedere di essere sottoposto a visita medica, con costo a suo carico, per certificare l'effettivo stato di salute

Compilare per copertura temporanea di gruppo per il caso di **morte** e per la copertura **morte e di invalidità**

L'Assicurando dichiara che:

1. svolge una delle seguenti professione: autotrasportatore di materiale esplosivo, pirotecnico, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, gas e materie velenose, palombaro, sommergibilista, 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 attivita' all'estero? *(in caso di risposta positiva inviare il modulo in direzione unitamente al questionario relativo alla professione)* SI ☐ NO ☐

2. svolge una attivita' sportiva pericolosa come: alpinismo (oltre il 3° grado uiaa), sci alpinismo fuori pista, bobsleigh (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 attivita' affini ? *(in caso di risposta positiva, inviare il modulo in direzione unitamente al questionario relativo all'attivita' sportiva)* SI ☐ NO ☐

3. il suo peso espresso in chilogrammi supera di 15 la parte decimale della sua altezza espressa in metri? SI ☐ NO ☐

in caso positivo compilare i campi sottostanti:

3.1) indicare il valore della statura espressa in metri _____

3.2) indicare il valore del peso espresso in chilogrammi _____

3.3) si e' sottoposto ad esami di laboratorio per controllare l'assetto lipidico (colesterolemia, glicemia, trigliceridemia, hdl, ecc.) ? SI ☐ NO ☐
(in caso di risposta positiva, inviare copia degli accertamenti effettuati)

3.3.1) quali ? _____

3.3.2) quando ? _____

4. la sua pressione arteriosa e' superiore a 150 di massima od a 90 di minima ? SI ☐ NO ☐

in caso positivo compilare i campi sottostanti:

4.1) e' in terapia con antipertensivi ? SI ☐ NO ☐

4.1.1) da quanto tempo ? _____

4.1.2) indicare farmaco assunto e il dosaggio giornaliero _____

_____

FAC-SIMILE

4.2) si e' sottoposto ad esami elettrocardiografici o similari ? SI ☐ NO ☐
(in caso di risposta positiva, inviare copia degli accertamenti effettuati)

5. soffre o ha offerto di malattie o menomazioni psicofisiche, tali da alterare il normale buono stato di salute e per le quali sia stato ricoverato ? SI ☐ NO ☐

in caso positivo compilare i campi sottostanti:

5.1) di quale malattia o menomazione psicofisica soffre ? *(indicare l'esatta diagnosi)*

_____

_____

5.1.1) indicare la data di insorgenza della malattia _____

5.1.2) indicare le date di eventuali ricoveri _____

5.1.3) terapia seguita _____

6. e' in trattamento farmacologico continuativo per malattie croniche ? SI ☐ NO ☐

in caso positivo compilare i campi sottostanti:

6.1) indicare la malattia _____

6.1.1) data di insorgenza _____

6.1.2) tipo di farmaco assunto e il dosaggio giornaliero _____

7. ha effettuato test per epatite b, c o hiv che abbiano avuto esito positivo ? SI ☐ NO ☐

in caso positivo compilare i campi sottostanti:

7.1) a quale test si e' sottoposto ?
(in caso di risposta positiva, inviare copia dei test effettuati ed eventuali altri accertamenti)

_____

8. e' titolare di pensione di invalidita' o sta per avviare una procedura di richiesta d'invalidita' ? SI ☐ NO ☐

in caso positivo compilare i campi sottostanti:

8.1) per quale patologia e' stata riconosciuta/richiesta la pensione di invalidita' ?

_____

8.2) indicare l'anno di riconoscimento/richiesta di pensione di invalidita'

_____

FAC-SIMILE

Luogo e data _____ **L'Assicurando** _____

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 | vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

Scheda di Adeguata Verifica della Clientela

(Artt. 17 e ss. D. Lgs. 231/2007 e s.m.i)

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REG. UE 2016/679 resa ad integrazione dell'informativa generale già consegnata e reperibile nella sezione Privacy del sito www.vittoriaassicurazioni.com -

Gentile cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge previsti dal decreto legislativo n. 231/2007 e s.m.i. in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste e l'impossibilità di completare l'adeguata verifica comporta per l'impresa l'obbligo di non instaurare il rapporto continuativo o di non eseguire l'operazione richiesta ovvero di porre fine al rapporto continuativo già in essere (Obbligo di astensione art. 42 del decreto).
Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo ai sensi e con le modalità previste dalla richiamata normativa. I diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Reg. UE 2016/679, possono essere esercitati per i trattamenti effettuati ai sensi del D.lgs. 231/2007 limitatamente all'aggiornamento, alla rettifica e all'integrazione dei dati, rivolgendosi alla funzione aziendale indicata nell'informativa generale reperibile come sopra indicato.

Si invita la Gentile Clientela, anche relativamente alle sanzioni penali previste dal D. lgs. 231/2007 e s.m.i., a prendere visione delle informazioni rese sul retro del presente modulo e ***si ricorda che il cliente è obbligato a fornire le informazioni necessarie per consentire di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.***

Codice Agenzia _____ **Numero Polizza** _____
Luogo _____ **Data** _____

Contraente: Dati Identificativi Della Persona Fisica

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale _____
Luogo e Data di nascita _____
Nazionalità _____
Cittadinanza 1 _____
Cittadinanza 2 _____
Indirizzo di Residenza _____ Nazione _____
Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Domicilio (se Diverso Residenza) _____ Nazione _____
Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Documento d'identità _____ Numero _____
Rilasciato il _____ Da _____ Di _____
Professione _____
Codice Sottogruppo _____ Codice Gruppo _____
Tipo Attività _____
Tipo Attività Economica (T.A.E.) _____
Persona Politicamente Esposta _____

Titolare effettivo non identificato in quanto

_____

Beneficiario/i caso morte non individuato/i

Descrizione _____

Polizza n°

A00_ADV_20150101
20151201R.12.18.14
7b23b58a-dc54-4818-8ebf-c1f67ef4fbb6
SAN-IS750587

2018NA01121805344254

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 | vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

Prodotto:

Codice e descrizione **191Y - Vittoria Protezione Azienda Plus**

Tipo apertura **Apertura di rapporto continuativo**

Tipo Polizza **Collettiva Monoannuale per il Caso di Morte e di invalidità permanente**

Caratteristiche Polizza **Rapporto aperto con piano di pagamenti predefinito**

Scopo prevalente del Rapporto **Protezione**

Operazione **Versamento iniziale** Importo €

Mezzi di Pagamento

Paese di Provenienza o Destinazione dei Fondi

Origine dei Fondi

Fascia di Reddito Annuo / Fatturato Annuo del Contraente

Polizza Collettiva per conto altrui

Polizza da Adesione

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione e si impegna a comunicare tempestivamente all'intermediario ogni eventuale variazione intervenuta.
Il sottoscritto afferma di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

Luogo e data **Firma del Contraente/Esecutore**

Polizza n°

A00_ADV_20150101
25/11/2018 12:18:14
7b23b58a-dc54-4818-8a6f-c1f67ef4fbb6
SAN-IS750587

2018NA01121805344254

Vittoria Assicurazioni - Società per Azioni
Sede Via Ignazio Gardella 2 - 20149 Milano - Italia
Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato
Codice Fiscale e numero d'iscrizione del Registro
Imprese di Milano 01329510158 - R.E.A. N. 54871
Iscritta all'albo Imprese di Assicurazione e
Riassicurazione Sez. I N.1.00014
Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni
iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi N.008
Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della
Capogruppo Yafa S.p.A.

Vittoria Assicurazioni

Chi protegge se stesso, protegge gli altri.

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 20/12/2024