

REGOLAMENTO

Fondo Pensione Aperto Vittoria Formula Lavoro

Per mantenere il tuo tenore di vita anche in pensione

Fondo Pensione Aperto - Formula Lavoro

Iscritto all'albo tenuto dalla COVIP con il n° 22

Vittoria Assicurazioni

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

REGOLAMENTO DEL FONDO PENSIONE APERTO

VITTORIA FORMULA LAVORO

INDICE

PARTE I - IDENTIFICAZIONE E SCOPO DEL FONDO
Art. 1 - Denominazione
Art. 2 - Istituzione del Fondo, esercizio dell'attività, sede e recapiti
Art. 3 - Scopo

PARTE II - CARATTERISTICHE DEL FONDO E MODALITÀ DI INVESTIMENTO
Art. 4 - Regime del Fondo
Art. 5 - Destinatari e tipologie di adesione
Art. 6 - Scelte di investimento
Art. 7 - Gestione degli investimenti
Art. 8 - Spese

PARTE III - CONTRIBUZIONE E PRESTAZIONI
Art. 9 - Contribuzione
Art. 10 - Determinazione della posizione individuale
Art. 11 - Prestazioni pensionistiche e RITA
Art. 12 - Erogazione delle prestazioni pensionistiche
Art. 13 - Trasferimento e riscatto della posizione individuale
Art. 14 - Anticipazioni
Art. 14-bis - Prestazioni accessorie

PARTE IV - PROFILI ORGANIZZATIVI
Art. 15 - Separatezza patrimoniale, amministrativa e contabile
Art. 16 - Sistema di governo
Art. 17 - Depositario
Art. 18 - Responsabile
Art. 19 - Conflitti di interesse
Art. 20 - Scritture contabili

PARTE V - RAPPORTI CON GLI ADERENTI
Art. 21 - Modalità di adesione e clausole risolutive espresse
Art. 22 - Trasparenza nei confronti degli aderenti e dei beneficiari
Art. 23 - Comunicazioni e reclami

PARTE VI - NORME FINALI
Art. 24 - Modifiche del Regolamento
Art. 25 - Trasferimento in caso di modifiche peggiorative delle condizioni economiche e di modifiche delle caratteristiche del Fondo
Art. 26 - Cessione del Fondo
Art. 27 - Operazioni di fusione
Art. 28 - Rinvio

Allegati:
Allegato n. 1 - Disposizioni in materia di Responsabile
Allegato n. 2 - Condizioni e modalità di erogazione delle rendite
Allegato n. 3 - Condizioni delle prestazioni accessorie

PARTE I - IDENTIFICAZIONE E SCOPO DEL FONDO

Art. 1 - Denominazione

1. Il "Fondo Pensione Aperto Vittoria Formula Lavoro", (di seguito "Fondo"), è un fondo pensione aperto istituito ai sensi dell'art. 12 del Decreto lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 (di seguito "Decreto").

Art. 2 - Istituzione del Fondo, esercizio dell'attività, sede e recapiti

1. Il Fondo è stato istituito dalla società "Vittoria Assicurazioni S.p.A." (di seguito "impresa di assicurazione") giusta autorizzazione rilasciata dalla COVIP con provvedimento del 7 agosto 1998; con il medesimo provvedimento la COVIP ha approvato il Regolamento del Fondo.
2. L'impresa di assicurazione, esercita l'attività di gestione del Fondo con effetto dal 25 settembre 1998.
3. Il Fondo è iscritto all'Albo tenuto dalla COVIP con il numero 22.
4. L'attività relativa al Fondo è svolta in Milano, presso la sede dell'impresa di assicurazione.
5. L'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dell'impresa di assicurazione è: previdenza.vittoria@pec.vittoriaassicurazioni.it.

Art. 3 - Scopo

1. Il Fondo ha lo scopo di consentire agli aderenti di disporre, all'atto del pensionamento, di prestazioni pensionistiche complementari del sistema obbligatorio. Tale scopo è perseguito mediante la raccolta dei contributi, la gestione delle risorse nell'esclusivo interesse degli aderenti, e l'erogazione delle prestazioni secondo quanto disposto dalla normativa tempo per tempo vigente.

PARTE II - CARATTERISTICHE DEL FONDO E MODALITÀ DI INVESTIMENTO

Art. 4 - Regime del Fondo

1. Il Fondo è in regime di contribuzione definita. L'entità delle prestazioni pensionistiche del Fondo è determinata in funzione della contribuzione effettuata e in base al principio della capitalizzazione.

Art. 5 - Destinatari

1. L'adesione al Fondo è consentita in forma individuale in modalità esplicita.
2. È altresì consentita l'adesione su base collettiva ai soggetti destinatari delle forme pensionistiche complementari individuati dall'art. 2, comma 1, del Decreto, nei cui confronti trovino applicazione i contratti, gli accordi o i regolamenti aziendali che dispongono l'adesione al Fondo. Ai sensi dell'articolo 8 comma 7-bis, del Decreto l'adesione al Fondo su base collettiva può avvenire anche in modalità automatica mediante il conferimento tacito del TFR maturando, della contribuzione a carico del datore di lavoro e del lavoratore.
3. Le adesioni individuali sono precluse a coloro a cui manchi meno di un anno al compimento dell'età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza.

Art. 6 - Scelte di investimento

1. Il Fondo è articolato nei seguenti comparti, differenziati per profili di rischio-rendimento, in modo tale da assicurare agli aderenti una adeguata possibilità di scelta:
   - Previdenza Garantita;
   - Previdenza Equilibrata;
   - Previdenza Bilanciato Internazionale;
   - Previdenza Capitalizzata.

   Il Fondo prevede altresì il profilo di investimento "Life Cycle", adottato ai sensi dell'articolo 8, comma 9, del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252, destinato ad accogliere il TFR maturando nonché la contribuzione del datore di lavoro e del lavoratore conferiti a seguito di adesioni automatiche.

   Il comparto Previdenza Garantita costituisce inoltre il comparto garantito destinato ad accogliere il TFR maturando degli aderenti taciti iscritti al Fondo anteriormente al 1° luglio 2026, nel rispetto della disciplina vigente al momento della relativa adesione.
2. L'aderente, all'atto dell'adesione, sceglie il comparto/profilo life cycle in cui far confluire i versamenti contributivi. L'aderente può successivamente variare tale scelta nel rispetto del periodo minimo di un anno di permanenza nel comparto. Tale limite non opera con riguardo alla prima allocazione successiva all'adesione tacita o automatica.
3. È prevista la possibilità di aderire al profilo life cycle caratterizzato dall'allocazione in un comparto predefinito dall'impresa.

   Il profilo Life Cycle è caratterizzato dall'allocazione automatica dei contributi e della posizione individuale tra i comparti del Fondo in funzione dell'età dell'aderente e del relativo orizzonte temporale di investimento, secondo un percorso predefinito volto a ridurre progressivamente il livello di rischio finanziario con l'avvicinarsi dell'età pensionabile. Il percorso di investimento prevede il conferimento delle risorse nei seguenti comparti:
   - Fino a 51 anni: Previdenza Capitalizzata
   - Da 52 a 59 anni: Previdenza Bilanciato Internazionale
   - Da 60 a 62 anni: Previdenza Equilibrata
   - Da 63 anni: Previdenza Garantita

Art. 7 - Gestione degli investimenti

1. L'impresa di assicurazione effettua l'investimento delle risorse del Fondo nel rispetto dei limiti e delle condizioni stabiliti dalla normativa tempo per tempo vigente e dal presente Regolamento, assumendo a riferimento l'esclusivo interesse degli aderenti.
2. Ferma restando la responsabilità dell'impresa di assicurazioni, essa può affidare a soggetti di cui all'art. 6, comma 1, lettere a), b), c), c-bis) del Decreto in possesso dei requisiti previsti dalla normativa tempo per tempo vigente, l'esecuzione di specifici incarichi di gestione[1].
3. L'impresa di assicurazione verifica i risultati della gestione mediante l'adozione di parametri di riferimento coerenti con gli obiettivi e i criteri della politica di investimento.
4. La politica di investimento dei singoli comparti è la seguente:

   a) Comparto Previdenza Garantita

   In tale comparto viene attuata una politica di investimento caratterizzata da un basso profilo di rischio e una composizione del portafoglio orientata prevalentemente verso titoli monetari ed obbligazionari. La gestione è volta a realizzare con elevata probabilità rendimenti che siano almeno pari a quelli del TFR, in un orizzonte temporale pluriennale.
   Le disponibilità del comparto vengono investite nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente e comunque rispettando i seguenti limiti:
   - i titoli di capitale non possono superare il 15% del patrimonio del comparto;
   - non è consentito l'investimento in quote di fondi chiusi.

   b) Comparto Previdenza Equilibrata

   In tale comparto viene attuata una politica di investimento caratterizzata da un profilo di rischio medio e una composizione equilibrata del portafoglio fra titoli di debito e titoli di capitale.
   Le disponibilità del comparto vengono investite nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente e comunque rispettando i seguenti limiti:
   - i titoli di capitale non possono superare il 50 % del patrimonio del comparto;
   - le quote di fondi chiusi non possono superare il 10% del patrimonio del comparto.

   c) Comparto Previdenza Bilanciato Internazionale

   In tale comparto viene attuata una politica di investimento caratterizzata da un profilo di rischio medio e una composizione bilanciata del portafoglio tra titoli e strumenti finanziari di debito e di capitale anche di emittenti internazionali.
   Le disponibilità del comparto vengono investite nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente, rispettando i seguenti limiti:
   - i titoli di capitale non possono superare il 50 % del patrimonio del comparto.

   d) Comparto Previdenza Capitalizzata

   In tale comparto viene attuata una politica di investimento caratterizzata da un profilo di rischio medio alto e una composizione del portafoglio orientata prevalentemente verso titoli di capitale.
   Le disponibilità del comparto vengono investite nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente e comunque rispettando i seguenti limiti:
   - i titoli di debito non possono superare il 50 % del patrimonio del comparto.

   Nell'ambito dei comparti descritti, il Fondo prevede inoltre la possibilità di adesione a una strategia di allocazione del portafoglio di tipo "Life Cycle", finalizzata a realizzare una gestione degli investimenti che prevede una progressiva diminuzione del rischio finanziario con l'avvicinarsi all'età pensionabile.

   Tale modalità si caratterizza per l'allocazione automatica dei contributi versati e della posizione individuale maturata tra i comparti del Fondo.

[1] Il contratto di delega deve prevedere che l'impresa di assicurazione e il Responsabile del Fondo debbano poter verificare le procedure adottate dal soggetto delegato per l'esecuzione del contratto e le operazioni poste in essere per conto del Fondo.

L'adesione al comparto denominato Previdenza Garantita attribuisce all'aderente, al verificarsi degli eventi di cui appresso, il diritto alla corresponsione di un importo minimo garantito a prescindere dai risultati di gestione. La garanzia può essere prestata all'impresa di assicurazione da soggetti diversi dalla stessa, a ciò abilitati.

L'importo minimo garantito è pari alla somma, maggiorata del 0,34% su base annua, dei contributi netti versati al comparto, inclusi gli eventuali importi derivanti da trasferimenti da altro comparto o da altra forma pensionistica e i versamenti effettuati per il reintegro delle anticipazioni percepite, ridotto da eventuali riscatti parziali e anticipazioni.

Per contributi netti si intendono i contributi di cui all'Art. 10, comma 2. Il diritto alla garanzia è riconosciuto nei seguenti casi:

- esercizio del diritto alla prestazione pensionistica di cui all'Art. 11;
- riscatto per decesso;
- riscatto per invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo;
- riscatto per inoccupazione per un periodo superiore a 48 mesi.

In tali casi, qualora l'importo minimo garantito risulti superiore alla posizione individuale maturata calcolata, ai sensi dell'Art. 10, con riferimento al primo giorno di valorizzazione utile successivo alla verifica delle condizioni che danno diritto alla prestazione, la stessa viene integrata a tale maggior valore. L'integrazione viene corrisposta dall'impresa di assicurazione.

5. La politica di investimento relativa a ciascun comparto, le relative caratteristiche e i diversi profili di rischio-rendimento, in coerenza con gli obiettivi e i criteri riportati nel Regolamento, sono descritti nella Nota informativa.

   La Nota informativa descrive, inoltre, le caratteristiche del profilo life cycle.

Art. 8 - Spese

1. L'iscrizione al Fondo comporta le seguenti spese:

a) **spese da sostenere all'atto dell'adesione**: una commissione "una tantum" a carico dell'aderente pari a euro 50;

b) **spese relative alla fase di accumulo**:

b.1) **direttamente a carico dell'aderente**: una commissione pari a 2 euro mensili, prelevate l'ultimo giorno lavorativo di ogni mese;

b.2) **indirettamente a carico dell'aderente e che incidono sul comparto:**

i) una commissione di gestione, espressa in percentuale del patrimonio del comparto nel quale è investita la posizione individuale su base annua e prelevata con cadenza mensile, nella misura di seguito definita per ogni comparto di investimento:

- Comparto Previdenza Garantita: 1,00%;
- Comparto Previdenza Equilibrata: 1,32%;
- Comparto Previdenza Bilanciato Internazionale: 1,00%.
- Comparto Previdenza Capitalizzata: 1,68%.

Sono inoltre a carico del comparto, per quanto di competenza, le imposte e tasse, le spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse del Fondo e gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse, nonché il "contributo di vigilanza" dovuto annualmente alla COVIP ai sensi di legge; sono altresì a carico del comparto le spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico del Responsabile, salva diversa decisione dell'impresa di assicurazione.

Sul comparto non vengono fatti gravare spese e diritti di qualsiasi natura relativi alla sottoscrizione e al rimborso delle parti di OICR acquistati, né le commissioni di gestione applicate dall'OICR stesso, salvo i casi di deroga di carattere generale previsti dalla COVIP. In particolare, nel caso di investimenti in OICR collegati, dal compenso dell'impresa di assicurazione sarà dedotta la remunerazione complessiva percepita dal

gestore dell'OICR collegato. Fanno eccezione gli investimenti in FIA diversi da quelli collegati[2].

c) **spese collegate all'esercizio delle seguenti prerogative individuali,** dirette alla copertura dei relativi oneri amministrativi:

c.1) 50 euro in caso di trasferimento ad altra forma pensionistica;

c.2) 50 euro in caso di riscatto della posizione individuale;

d) **spese relative alla fase di erogazione delle rendite vitalizie**, quali riportate nell'Allegato n. 2;

d-bis) **spese relative alle prestazioni pensionistiche diverse dalla rendita vitalizia;**

d-bis.1) spese per la gestione finanziaria di cui alla lettera b.2, in relazione al/ai comparto nel/i quale/i è investita la posizione individuale residua;

e) **spese e premi relativi alle prestazioni accessorie,** quali riportate nell'allegato n. 3;

f) **spese in cifra fissa relative alla prestazione erogata in forma di "Rendita integrativa temporanea anticipata" (RITA),** dirette alla copertura dei relativi oneri amministrativi:

- Spese attivazione RITA: euro 50

- Spese erogazione RITA : euro 3 per ogni rata di rendita.

2. L'importo delle spese sopra indicate può essere ridotto nei casi di adesione su base collettiva e di convenzionamenti con associazioni di lavoratori autonomi e liberi professionisti. La riduzione delle commissioni di gestione espresse in misura percentuale sul patrimonio avviene mediante emissione di classi di quote differenti.
3. Sono a carico dell'impresa di assicurazione tutte le spese e oneri non individuati dalle disposizioni del presente articolo.

[2] Nel caso di investimenti in FIA diversi da quelli collegati sul comparto potranno gravare commissioni di gestione (ed eventuali commissioni di incentivo) a condizione che venga resa agli aderenti adeguata informativa circa la misura massima delle commissioni applicabili nell'ambito della Nota informativa. Per FIA collegati si intendono quelli promossi o gestiti dalla società che gestisce le risorse del Fondo o da altre società del medesimo gruppo di appartenenza.

PARTE III – CONTRIBUZIONE E PRESTAZIONI

Art. 9 - Contribuzione

1. La misura della contribuzione a carico dell'aderente è determinata liberamente dallo stesso.
2. I lavoratori che aderiscono su base collettiva fissano la contribuzione nel rispetto della misura minima e delle modalità stabilite dai contratti e dagli accordi collettivi, anche aziendali.
3. I lavoratori dipendenti, in caso di adesione esplicita, possono contribuire al Fondo conferendo, anche esclusivamente, i flussi di TFR in maturazione. Nelle adesioni collettive il conferimento del TFR può anche essere parziale ove previsto dagli accordi collettivi. Qualora il lavoratore decida altresì di versare la contribuzione prevista a suo carico e abbia diritto, in base ad accordi collettivi, anche aziendali, a un contributo del datore di lavoro, detto contributo affluirà al Fondo nei limiti e alle condizioni stabilite nei predetti accordi. Il datore di lavoro può decidere, anche in assenza di accordi collettivi di contribuire al Fondo.
4. L'aderente su base individuale ha la facoltà di sospendere la contribuzione fermo restando, per i lavoratori dipendenti, l'obbligo del versamento del TFR maturando eventualmente conferito. La sospensione non comporta la cessazione della partecipazione al Fondo.
5. In caso di adesione automatica, sono devoluti il TFR maturando, il contributo del datore di lavoro e la contribuzione del lavoratore. La contribuzione a carico del lavoratore non è obbligatoria nel caso in cui la retribuzione annuale lorda corrisposta dal datore di lavoro risulti inferiore al valore pari all'assegno sociale di cui all'art. 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335. L'aderente può conferire il TFR anche in misura parziale ove previsto dagli accordi collettivi.
6. In costanza del rapporto di lavoro, il lavoratore che aderisce su base collettiva ha facoltà di sospendere la contribuzione a proprio carico, con conseguente sospensione dell'obbligo contributivo a carico del datore di lavoro, fermo restando il versamento del TFR maturando al Fondo. È possibile riattivare la contribuzione in qualsiasi momento.
7. La contribuzione può essere attuata nel rispetto di quanto previsto dall'art. 8, comma 12 del Decreto (c.d. contribuzione da abbuoni).
8. L'aderente può decidere di proseguire la contribuzione al Fondo oltre il raggiungimento dell'età pensionabile prevista dal regime obbligatorio di appartenenza, a condizione che alla data del pensionamento possa far valere almeno un anno di contribuzione a favore delle forme di previdenza complementare.

Art. 10 - Determinazione della posizione individuale

1. La posizione individuale consiste nel capitale accumulato di pertinenza di ciascun aderente, è alimentata dai contributi netti versati, dagli importi derivanti da trasferimenti da altre forme pensionistiche complementari e dai versamenti effettuati per il reintegro delle anticipazioni percepite, ed è ridotta da eventuali riscatti parziali e anticipazioni.
2. Per contributi netti si intendono i versamenti al netto delle spese direttamente a carico dell'aderente, di cui all'Art. 8, comma 1, lettere a) e b1) e delle eventuali somme destinate a copertura delle prestazioni accessorie previste. Sul primo versamento incidono anche eventuali spese di adesione.
3. La posizione individuale viene rivalutata in base al rendimento dei comparti. Il rendimento di ogni singolo comparto è calcolato come variazione del valore della quota dello stesso nel periodo considerato.
4. Ai fini del calcolo del valore della quota le attività che costituiscono il patrimonio del comparto sono valutate al valore di mercato; le plusvalenze e le minusvalenze maturate concorrono alla determinazione della posizione individuale, a prescindere dal momento di effettivo realizzo.
5. L'impresa di assicurazione determina il valore della quota e, conseguentemente, della

posizione individuale di ciascun aderente con cadenza almeno mensile, alla fine di ogni mese. I versamenti sono trasformati in quote, e frazioni di quote, sulla base del primo valore di quota successivo al giorno in cui si sono resi disponibili per la valorizzazione.

6. Il valore della posizione individuale oggetto delle prestazioni di cui agli art. 11, 13 e 14 è quello risultante al primo giorno di valorizzazione utile successivo a quello in cui l'impresa di assicurazione ha verificato la sussistenza delle condizioni che danno diritto alle prestazioni.
7. Ai sensi del Decreto, nella fase di accumulo le posizioni individuali costituite presso il Fondo sono intangibili e non possono formare oggetto di sequestro o pignoramento da parte dei creditori dell'aderente.

Art. 11 - Prestazioni pensionistiche e RITA

1. Il diritto alla prestazione pensionistica complementare si acquisisce al momento della maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni stabiliti nel regime obbligatorio di appartenenza dell'aderente, con almeno cinque anni di partecipazione alle forme pensionistiche complementari. Il predetto termine è ridotto a tre anni per il lavoratore che cessa il rapporto di lavoro per motivi indipendenti dal fatto che lo stesso acquisisca il diritto a una pensione complementare e che si sposta in un altro Stato membro dell'Unione europea. L'aderente che decide di proseguire volontariamente la contribuzione ai sensi del comma 8 dell'Art. 9 ha la facoltà di determinare autonomamente il momento di fruizione delle prestazioni pensionistiche.
2. Per i soggetti non titolari di reddito di lavoro o d'impresa si considera età pensionabile quella vigente nel regime obbligatorio di appartenenza.
3. Ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria per la richiesta delle prestazioni pensionistiche sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente per i quali lo stesso non abbia esercitato il riscatto totale della posizione individuale.
4. L'aderente, che abbia cessato l'attività lavorativa e abbia maturato almeno venti anni di contribuzione nei regimi obbligatori di appartenenza e il periodo minimo di partecipazione alle forme pensionistiche complementari di cui al comma 1, ha facoltà di richiedere che le prestazioni siano erogate, in tutto o in parte, in forma di RITA con un anticipo massimo di cinque anni rispetto alla data di maturazione dell'età anagrafica prevista per la pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza.
5. L'aderente, che abbia cessato l'attività lavorativa, sia rimasto successivamente inoccupato per un periodo di tempo superiore a ventiquattro mesi e abbia maturato il periodo minimo di partecipazione alle forme pensionistiche complementari di cui al comma 1, ha facoltà di richiedere la rendita di cui al precedente comma 4 con un anticipo massimo di dieci anni rispetto alla data di maturazione dell'età anagrafica per la pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza.
6. La porzione della posizione individuale di cui si chiede il frazionamento, ai sensi dei commi 4 o 5, verrà fatta confluire, salvo diversa scelta dell'aderente, nel comparto più prudente individuato dal Fondo e indicato nella Nota informativa. L'aderente può successivamente variare il comparto nel rispetto del periodo minimo di permanenza.
7. Nel corso dell'erogazione della RITA l'aderente può richiedere la revoca; ciò comporta la cessazione dell'erogazione delle rate residue.
8. Nel caso in cui non venga utilizzata l'intera posizione individuale a titolo di RITA, l'aderente ha la facoltà di richiedere, con riferimento alla sola porzione residua della posizione individuale, il riscatto e l'anticipazione di cui ai successivi artt. 13 e 14 ovvero, cessata l'erogazione della RITA parziale, la prestazione pensionistica.
9. In caso di trasferimento ad altra forma pensionistica complementare la RITA si intende automaticamente revocata e viene trasferita l'intera posizione individuale.

10. L'aderente ha facoltà di richiedere la liquidazione della prestazione pensionistica sotto forma di capitale nel limite del 50 per cento della posizione individuale maturata. Nel computo dell'importo complessivo erogabile in capitale sono detratte le somme erogate a titolo di anticipazione per le quali non si sia provveduto al reintegro. Qualora l'importo che si ottiene convertendo in rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità a favore dell'aderente il 70 per cento della posizione individuale maturata, risulti inferiore al 50 per cento dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, commi 6 e 7, della Legge 8 agosto 1995, n. 335, l'aderente può optare per la liquidazione in capitale dell'intera posizione maturata.
11. L'aderente che, sulla base della documentazione prodotta, risulta assunto antecedentemente al 29 aprile 1993 ed entro tale data iscritto a una forma pensionistica complementare istituita alla data di entrata in vigore della Legge 23 ottobre 1992, n. 421, può richiedere la liquidazione dell'intera prestazione pensionistica complementare in capitale.
12. Le prestazioni pensionistiche sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità in vigore per le pensioni a carico degli istituti di previdenza obbligatoria.
13. L'aderente che abbia maturato il diritto alla prestazione pensionistica e intenda esercitare tale diritto può trasferire la propria posizione individuale presso altra forma pensionistica complementare, per avvalersi delle condizioni di erogazione della rendita vitalizia praticate da quest'ultima. In tal caso si applica quanto previsto all'Art. 13, commi 6 e 7.

Art. 12 - Erogazione delle prestazioni pensionistiche

1. A seguito dell'esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, all'aderente è erogata una rendita vitalizia immediata calcolata in base alla posizione individuale maturata, al netto della eventuale quota di prestazione da erogare sotto forma di capitale.
2. L'aderente può richiedere comunque l'erogazione delle prestazioni in una delle tipologie di rendita vitalizia di seguito indicate:
   - una rendita vitalizia reversibile: detta rendita è corrisposta all'aderente finché è in vita e successivamente, in misura totale o per quota scelta dall'aderente stesso, alla/e persona/e da lui designate/e;
   - una rendita certa e successivamente vitalizia: detta rendita può essere corrisposta fino a 80 anni, oppure per i primi 5 o 10 anni all'aderente o, in caso di suo decesso, alla/e persona/e da lui designate/e. Successivamente, se l'aderente è ancora in vita, viene corrisposta allo stesso una rendita vitalizia.
3. Nell'Allegato n. 2 al Regolamento sono riportate le condizioni e modalità di erogazione delle rendite vitalizie e i coefficienti di trasformazione (basi demografiche e finanziarie) da utilizzare per il relativo calcolo. Tali coefficienti possono essere successivamente variati, nel rispetto della normativa tempo per tempo vigente in materia di stabilità delle compagnie di assicurazione; in ogni caso, le modifiche dei coefficienti di trasformazione non si applicano ai soggetti, già aderenti alla data di introduzione delle modifiche stesse, che esercitano il diritto alla prestazione pensionistica nei tre anni successivi.
4. Le simulazioni relative alla rendita vitalizia che verrà erogata sono effettuate facendo riferimento, laddove vi sia l'impegno a non modificare i coefficienti di trasformazione, a quelli indicati nell'Allegato n. 2 e, negli altri casi, a coefficienti individuati dalla COVIP, in modo omogeneo per tutte le forme, in base alle proiezioni ufficiali disponibili sull'andamento della mortalità della popolazione italiana.
5. In alternativa alla rendita vitalizia, l'aderente può richiedere, al netto della eventuale quota di prestazione erogata sotto forma di capitale, l'erogazione della prestazione pensionistica in una delle seguenti forme:
   a) rendita a durata definita: detta rendita è erogata per un periodo predeterminato sulla base della vita attesa residua del beneficiario, come determinata dall'ISTAT per il calcolo delle pensioni obbligatorie.

b) prelievi liberamente determinabili: detti prelievi possono essere richiesti dal beneficiario, con facoltà per lo stesso di determinarne la tempistica e l'importo nel limite della somma delle rate, maturate e non riscosse, di una rendita teorica con frazionamento annuale, immediatamente erogabile e di durata definita pari alla vita attesa residua, in anni interi, dell'aderente al momento della richiesta della prestazione.

c) erogazione frazionata del montante accumulato: detta prestazione non è collegata alla vita attesa residua del beneficiario, è erogata per un periodo predeterminato dal beneficiario al momento della richiesta e comunque non inferiore a cinque anni.

6. L'impresa di assicurazione provvede ad erogare direttamente le prestazioni pensionistiche diverse dalla rendita vitalizia con tempestività e comunque non oltre il termine massimo di sei mesi decorrente dalla ricezione della richiesta. Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, l'impresa di assicurazione richiede gli elementi integrativi, e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data del completamento o della regolarizzazione della pratica. Il montante residuo è mantenuto in gestione, nel/i comparto/i scelto/i dall'aderente, all'atto della richiesta della prestazione o, in difetto di indicazioni, nel/i comparto/i individuato/i nella Nota informativa.

6-bis. Al fine di adeguare i sistemi e i processi operativi dell'impresa di assicurazione per la gestione delle richieste e l'erogazione diretta delle prestazioni, il termine di cui al comma 6 può essere derogato per un periodo transitorio, che non potrà protrarsi oltre il 31 dicembre 2026. Durante tale periodo l'impresa di assicurazione acquisisce le richieste di erogazione delle prestazioni. Successivamente all'avvenuto adeguamento dei suddetti sistemi e processi operativi, l'impresa di assicurazione procede tempestivamente alla liquidazione delle richieste di erogazione delle prestazioni pervenute durante il periodo transitorio.

7. Le prestazioni di cui al comma 5, lett. a), b) e c) non sono tra loro cumulabili e non possono essere revocate una volta iniziata la liquidazione, salvo che il beneficiario opti per la conversione del montante residuo in una rendita vitalizia immediata sulla base delle condizioni e dei criteri indicati nella Nota informativa, ovvero trasferisca il montante residuo presso un'altra forma pensionistica all'unico fine di beneficiare delle condizioni di rendita vitalizia offerte da quest'ultima.

8. L'aderente, al momento della richiesta di una delle prestazioni di cui al comma 5, lett. a), b) e c) è tenuto ad individuare i soggetti che, in caso di morte del beneficiario, hanno diritto di riscattare il montante residuo. Tale scelta può essere successivamente modificata dall'aderente.

9. Nel corso dell'erogazione delle prestazioni di cui al comma 5, lett. a), b) e c), l'aderente non può richiedere trasferimenti, riscatti, anticipazioni o la RITA, ad eccezione della variazione del comparto/profilo di investimento, che può essere richiesta nel rispetto del periodo minimo di partecipazione di cui all'art. 6, comma 2.

10. Nel corso dell'erogazione delle prestazioni pensionistiche, non può essere versata ulteriore contribuzione al Fondo, salvo il caso in cui l'interessato attivi un nuovo rapporto di lavoro che preveda la maturazione del TFR.

11. La Nota Informativa riporta le opzioni di erogazione e le modalità di funzionamento delle prestazioni pensionistiche di cui al comma 5, lett. a), b) e c).

Art. 13 - Trasferimento e riscatto della posizione individuale

1. L'aderente può trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare decorso un periodo minimo di due anni di partecipazione al Fondo.

2. L'aderente, anche prima del periodo minimo di permanenza, può:

a) trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare, alla quale acceda in relazione alla nuova attività lavorativa;

b) riscattare il 50 per cento della posizione individuale maturata, in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore

a dodici mesi e non superiore a quarantotto mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria;

c) riscattare l'intera posizione individuale maturata, in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo e a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a quarantotto mesi.

d) riscattare l'intera posizione individuale maturata, ai sensi dell'art. 14, comma 5 del Decreto ovvero trasferirla ad altra forma pensionistica complementare, qualora vengano meno i requisiti di partecipazione.

3. Nei casi previsti ai punti a), c) e d) del comma 2 l'aderente, in luogo dell'esercizio dei diritti di trasferimento e di riscatto, può proseguire la partecipazione al Fondo, anche in assenza di contribuzione. Tale opzione trova automatica applicazione in difetto di diversa scelta da parte dell'aderente. Nel caso in cui il valore della posizione individuale maturata non sia superiore all'importo di una mensilità dell'assegno sociale di cui all'art. 3, comma 6, della Legge 8 agosto 1995, n. 335, l'impresa di assicurazione informa l'aderente della facoltà di trasferire la propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare, ovvero di chiedere il riscatto dell'intera posizione di cui al comma 2, lettera d).
4. In caso di decesso dell'aderente prima dell'esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, ovvero nel corso dell'erogazione della "Rendita integrativa temporanea anticipata" (RITA), la posizione individuale è riscattata dai soggetti designati dallo stesso, siano essi persone fisiche o giuridiche, o in mancanza dagli eredi. In mancanza di tali soggetti, la posizione individuale viene acquisita al Fondo.
5. Al di fuori dei suddetti casi, non sono previste forme di riscatto della posizione.
6. L'impresa di assicurazione accertata la sussistenza dei requisiti, provvede al trasferimento o al riscatto della posizione con tempestività, e comunque non oltre il termine massimo di sei mesi decorrenti dalla ricezione della richiesta. Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, l'impresa di assicurazione richiede gli elementi integrativi e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data del completamento o della regolarizzazione della pratica.
7. Il trasferimento della posizione individuale e il riscatto totale comportano la cessazione della partecipazione al Fondo.

Art. 14 - Anticipazioni

1. L'aderente può conseguire un'anticipazione della posizione individuale maturata nei seguenti casi e misure:
   a) in qualsiasi momento, per un importo non superiore al 75 per cento, per spese sanitarie conseguenti a situazioni gravissime attinenti a sé, al coniuge o ai figli, per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;
   b) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 75 per cento, per l'acquisto della prima casa di abitazione, per sé o per i figli, o per la realizzazione, sulla prima casa di abitazione, degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, di restauro e di risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 1 dell'art. 3 del Decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380;
   c) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 30 per cento, per la soddisfazione di ulteriori sue esigenze.
2. Le disposizioni che specificano i casi e regolano le modalità operative in materia di anticipazioni sono riportate in apposito documento.
3. Le somme complessivamente percepite a titolo di anticipazione non possono eccedere il 75 per cento della posizione individuale maturata, incrementata delle anticipazioni percepite e non reintegrate.

4. Ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria per esercitare il diritto all'anticipazione, sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione a forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente, per i quali lo stesso non abbia esercitato il diritto di riscatto totale della posizione individuale.
5. Le somme percepite a titolo di anticipazione possono essere reintegrate, a scelta dell'aderente e in qualsiasi momento.
6. Le anticipazioni di cui al comma 1 lettera a) sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità, in vigore per le pensioni a carico degli istituti di previdenza obbligatoria.
7. L'impresa di assicurazione provvede agli adempimenti conseguenti all'esercizio delle predette facoltà da parte dell'aderente con tempestività e comunque non oltre il termine massimo di 180 giorni dalla ricezione della richiesta. Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, l'impresa di assicurazione richiede gli elementi integrative, e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data del completamento o della regolarizzazione della pratica.

Art. 14-bis - Prestazioni accessorie

1. Il Fondo prevede inoltre le seguenti prestazioni:
   - Copertura dal rischio di morte ed invalidità permanente;
   - Copertura dal rischio di morte e di non autosufficienza (Long Term Care c.d. LTC).
2. L'adesione alle suddette prestazioni è facoltativa e può essere espressa all'atto dell'adesione al Fondo o successivamente mediante sottoscrizione di apposito modulo.
3. Le condizioni delle suddette prestazioni sono indicate nell'Allegato n. 3 al presente Regolamento.

PARTE IV - PROFILI ORGANIZZATIVI

Art. 15 - Separatezza patrimoniale, amministrativa e contabile

1. Gli strumenti finanziari e i valori del Fondo costituiscono patrimonio separato e autonomo rispetto sia al patrimonio dell'impresa di assicurazione, sia a quello degli altri fondi gestiti, sia a quello degli aderenti.
2. Il patrimonio del Fondo è destinato all'erogazione delle prestazioni pensionistiche agli aderenti e non può essere distratto da tale fine.
3. Sul patrimonio del Fondo non sono ammesse azioni esecutive da parte dei creditori dell'impresa di assicurazione o di rappresentanti dei creditori stessi, né da parte dei creditori degli aderenti o di rappresentanti dei creditori stessi. Il patrimonio del Fondo non può essere coinvolto nelle procedure concorsuali che riguardino l'mpresa di assicurazione.
4. L'impresa di assicurazione è dotata di procedure atte a garantire la separatezza amministrativa e contabile delle operazioni poste in essere per conto del Fondo rispetto al complesso delle altre operazioni svolte dall'impresa di assicurazione e del patrimonio del Fondo rispetto a quello dell'impresa di assicurazione e di suoi clienti.
5. Ferma restando la responsabilità dell'impresa di assicurazione per l'operato del soggetto delegato, la gestione amministrativa e contabile del Fondo può essere delegata a terzi.
6. L'mpresa di assicurazione è dotata di procedure atte a garantire la separatezza amministrativa e contabile delle operazioni poste in essere in riferimento a ciascun comparto.
7. Il patrimonio di ciascun comparto è suddiviso in quote.

Art. 16 - Sistema di governo

1. L'impresa di assicurazione assicura, in modo proporzionato alla dimensione, alla natura, alla portata e alla complessità delle attività del Fondo, l'assolvimento degli obblighi previsti dagli artt. 4-bis, 5-bis, 5-ter, 5-quarter, 5-sexies, 5- septies, 5-octies e 5-nonies del Decreto in coerenza con gli assetti organizzativi del rispettivo settore di riferimento.

Art. 17 - Depositario

1. Il patrimonio del Fondo è depositato presso un unico soggetto distinto dal gestore, in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni normative (di seguito "depositario").
2. L'impresa di assicurazione può revocare in ogni momento l'incarico al depositario il quale può, a sua volta, rinunciare con preavviso di sei mesi[3]; in ogni caso, l'efficacia della revoca o della rinuncia è sospesa fino a che:
   - l'impresa di assicurazione non abbia stipulato un nuovo contratto con altro depositario, in possesso dei requisiti di legge;
   - il patrimonio del Fondo non sia stato trasferito presso il nuovo depositario.
3. Il calcolo del valore della quota può essere delegato al depositario, ferma restando la responsabilità dell'impresa di assicurazione per l'operato del soggetto delegato.
4. Le funzioni del depositario sono regolate dalla normativa tempo per tempo vigente.
5. Gli amministratori e i sindaci del depositario riferiscono senza ritardo alla COVIP sulle irregolarità riscontrate nella gestione del Fondo e forniscono su richiesta della COVIP informazioni su atti o fatti di cui sono venuti a conoscenza nell'esercizio delle funzioni di depositario.
6. Sugli strumenti finanziari e sulle somme di denaro del Fondo depositati presso il depositario non sono ammesse azioni dei creditori del depositario, del subdepositario o nell'interesse degli stessi.

[3] Il preavviso non può essere inferiore a sei mesi.

Art. 18 - Responsabile

1. L'impresa di assicurazione nomina un Responsabile del Fondo, ai sensi dell'art. 5, comma 2 del Decreto.
2. Le disposizioni che regolano la nomina, le competenze e il regime di responsabilità del Responsabile sono riportate nell'Allegato n. 1.

Art. 19 - Conflitti di interesse

1. La politica di gestione dei conflitti di interesse è definita in un apposito documento redatto ai sensi della normativa tempo per tempo vigente.

Art. 20 - Scritture contabili

1. La tenuta dei libri e delle scritture contabili del Fondo nonché la valorizzazione del patrimonio e delle posizioni individuali sono effettuate sulla base delle disposizioni emanate dalla COVIP.
2. L'impresa di assicurazione conferisce a una società di revisione l'incarico di esprimere con apposita relazione un giudizio sul rendiconto del Fondo.
3. Il rendiconto del Fondo è pubblicato sul sito web dell'impresa di assicurazione.

PARTE V - RAPPORTI CON GLI ADERENTI

Art. 21 - Modalità di adesione e clausole risolutive espresse

1. L'adesione esplicita al Fondo avviene mediante sottoscrizione di apposito modulo di adesione.
   L'adesione è preceduta dalla consegna della documentazione informativa prevista tempo per tempo dalla normativa vigente.
2. L'aderente è responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite all'impresa di assicurazione.
3. Dell'avvenuta iscrizione al Fondo viene data apposita comunicazione all'aderente mediante lettera di conferma, attestante la data di iscrizione e le informazioni relative all'eventuale versamento effettuato.
4. L'adesione al Fondo comporta l'integrale accettazione del Regolamento, e dei relativi allegati, e delle successive modifiche, fatto salvo quanto previsto in tema di trasferimento nell'Art. 26.
5. In caso di adesione automatica, il Fondo, sulla base dei dati forniti dal datore di lavoro, comunica all'aderente l'avvenuta adesione, il profilo di tipo life cycle nel quale sono investiti i contributi, nonché le informazioni necessarie al fine di consentire a quest'ultimo l'esercizio delle scelte di sua competenza.
6. La raccolta delle adesioni al Fondo può essere svolta all'interno della sede legale o delle dipendenze dell'impresa di assicurazione da parte di addetti a ciò incaricati ovvero tramite la rete di distribuzione dell'impresa di assicurazione. Le adesioni su base collettiva possono essere raccolte anche presso i luoghi indicati nella Nota informativa.
7. In caso di adesione mediante sito web, l'impresa di assicurazione deve acquisire il consenso espresso dell'aderente all'utilizzo di ta-le strumento.
   L'Aderente ha diritto di recedere dal Fondo entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di adesione, senza costi di recesso e senza dover indicare il motivo dello stesso.
   Per l'esercizio di tale diritto, l'aderente invia una comunicazione scritta all'impresa di assicurazione con modalità che garantiscono certezza della data di ricezione, ossia mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o mezzi di comunicazione equivalenti (PEC), ai recapiti di cui all'art. 2 del presente Regolamento.
   L'impresa di assicurazione, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, procede a rimborsare le somme eventualmente pervenute, al netto delle spese di adesione, ove trattenute.
   L'impresa di assicurazione rende previamente noti all'aderente il momento in cui l'adesione si intende conclusa, i termini, le modalità e i criteri di determinazione delle somme oggetto di rimborso.
   Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da ogni obbligazione derivante dal contratto, a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale della relativa raccomandata o dell'invio della PEC.
   I presenti termini e condizioni di recesso si applicano a tutte le modalità di adesione.
8. L'aderente è tenuto a effettuare il versamento della prima contribuzione entro sei mesi dall'adesione al Fondo. In caso di inadempimento, l'impresa di assicurazione ha facoltà, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, di risolvere il contratto comunicando all'aderente la propria volontà di avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'aderente non provveda a effettuare un versamento entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione.
9. Qualora nel corso della partecipazione al Fondo l'aderente interrompa il flusso contributivo con conseguente azzeramento della posizione individuale a seguito dell'applicazione delle spese annuali di gestione amministrativa, l'impresa di assicurazione ha facoltà, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, di risolvere il contratto comunicando la propria volontà di

avvalersi della clausola risolutiva espressa, salvo che l'aderente non provveda a effettuare un versamento entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione.

Art. 22 - Trasparenza nei confronti degli aderenti e dei beneficiari

1. L'impresa di assicurazione mette a disposizione degli aderenti la documentazione inerente al Fondo e tutte le altre informazioni utili, secondo quanto previsto dalle disposizioni COVIP in materia. Tali documenti sono disponibili sul sito web dell'impresa di assicurazione, in un'apposita sezione dedicata alle forme pensionistiche complementari e presso la sede legale dell'impresa di assicurazione.
   I documenti utilizzati in fase di adesione sono resi disponibili in formato cartaceo e gratuitamente anche presso le sedi dei soggetti che effettuano l'attività di raccolta delle adesioni.
2. L'impresa di assicurazione fornisce agli aderenti e ai beneficiari le informazioni relative alle posizioni individuali maturate e alle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 23 - Comunicazioni e reclami

1. L'impresa di assicurazione definisce le modalità con le quali gli aderenti e i beneficiari possono rappresentare le proprie esigenze e presentare reclami in coerenza con le indicazioni fornite dalla COVIP, riportandole nella Nota informativa.

PARTE VI – NORME FINALI

Art. 24 - Modifiche del Regolamento

1. Il Regolamento può essere modificato secondo le procedure previste dalla COVIP.
2. L'impresa di assicurazione stabilisce il termine di efficacia delle modifiche, tenuto conto dell'interesse degli aderenti e fatto salvo quanto disposto all'art. 26.

Art. 25 - Trasferimento in caso di modifiche peggiorative delle condizioni economiche e di modifiche delle caratteristiche del Fondo

1. In caso di modifiche che complessivamente comportino un peggioramento rilevante delle condizioni economiche del Fondo, l'aderente interessato dalle suddette modifiche può trasferire la posizione individuale maturata ad altra forma pensionistica complementare, anche prima che siano decorsi due anni dall'iscrizione. Il diritto di trasferimento è altresì riconosciuto quando le modifiche interessano in modo sostanziale la caratterizzazione del Fondo, come può avvenire in caso di variazione significativa delle politiche di investimento.
2. L'impresa di assicurazione comunica a ogni aderente interessato l'introduzione delle modifiche almeno centoventi giorni prima della relativa data di efficacia; dal momento della comunicazione l'aderente ha novanta giorni di tempo per manifestare l'eventuale scelta di trasferimento. L'impresa di assicurazione può chiedere alla COVIP termini ridotti di efficacia nei casi in cui ciò sia utile al buon funzionamento del Fondo e non contrasti con l'interesse degli aderenti.
3. Per le operazioni di trasferimento di cui al presente articolo non sono previste spese.

Art. 26 - Cessione del Fondo

1. Qualora l'impresa di assicurazione non voglia o non possa più esercitare l'attività di gestione del Fondo, questo viene ceduto ad altro soggetto, previa autorizzazione all'esercizio. In caso di cessione del Fondo a società diverse da quelle del Gruppo al quale appartiene l'impresa di assicurazione viene riconosciuto agli aderenti il diritto al trasferimento della posizione presso altra forma pensionistica complementare ai sensi dell'art. 26 e con le modalità ivi previste.

Art. 27 – Operazioni di fusione

1. Nel caso in cui il Fondo sia interessato da operazioni di razionalizzazione che determinano la sua fusione con un altro fondo gestito dalla medesima impresa di assicurazione, il diritto al trasferimento della posizione presso altra forma pensionistica complementare viene riconosciuto qualora ricorrano le condizioni di cui all'art. 26 e con le modalità ivi previste.

Art. 28 – Rinvio

1. Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si fa riferimento alla normativa tempo per tempo vigente.

ALLEGATO N. 1
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI RESPONSABILE

Art. 1 - Nomina e cessazione dall'incarico

1. La nomina del Responsabile spetta all'organo di amministrazione dell'impresa di assicurazione che esercita l'attività del Fondo. L'incarico ha durata triennale ed è rinnovabile, anche tacitamente, per non più di una volta consecutivamente.
2. La cessazione del Responsabile per scadenza del termine ha effetto nel momento in cui viene nominato il nuovo Responsabile.
3. Il Responsabile può essere revocato solo per giusta causa, sentito il parere dell'organo di controllo dell'impresa di assicurazione.
4. Le nomine, gli eventuali rinnovi dell'incarico, le sostituzioni del Responsabile prima della scadenza del termine vengono comunicati alla COVIP entro quindici giorni dalla deliberazione.

Art. 2 - Requisiti e incompatibilità

1. I requisiti per l'assunzione dell'incarico di Responsabile, sono previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.
2. L'incarico di Responsabile è inoltre incompatibile con:
   a) lo svolgimento di attività di lavoro subordinato e di prestazione d'opera continuativa presso l'impresa di assicurazione o società da questa controllate o che la controllano;
   b) l'incarico di amministratore dell'impresa di assicurazione.

Art. 3 - Decadenza

1. La perdita dei requisiti di onorabilità o il sopravvenire di situazioni di ineleggibilità o di incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico.

Art. 4 - Retribuzione

1. La retribuzione annuale del Responsabile è determinata dall'organo di amministrazione all'atto della nomina per l'intero periodo di durata dell'incarico e viene definita sulla base di una sana politica di remunerazione che tenga conto dei principi previsti dalla normativa tempo per tempo vigente, fermo restando che il compenso del Responsabile non può essere pattuito sotto forma di partecipazione agli utili dell'impresa di assicurazione, o di società controllanti o controllate, né sotto forma di diritti di acquisto o di sottoscrizione di azioni dell'impresa di assicurazione o di società controllanti o controllate.
2. Le spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico di Responsabile sono poste a carico del Fondo, salva diversa decisione dell'impresa di assicurazione.

Art. 5 - Autonomia del Responsabile

1. Il Responsabile svolge la propria attività in modo autonomo e indipendente dall'impresa di assicurazione, riportando direttamente all'organo di amministrazione della stessa relativamente ai risultati dell'attività svolta.
2. A tale fine il Responsabile si avvale della collaborazione delle strutture organizzative dell'impresa di assicurazione, di volta in volta necessarie allo svolgimento dell'incarico e all'adempimento dei doveri di cui all'art. 6. L'impresa di assicurazione gli garantisce l'accesso a tutte le informazioni necessarie allo scopo.
3. Il Responsabile assiste alle riunioni dell'organo di amministrazione e di quello di controllo dell'impresa di assicurazione, per tutte le materie inerenti al Fondo.

Art. 6 - Doveri del Responsabile

1. Il Responsabile verifica che la gestione del Fondo sia svolta nell'esclusivo interesse degli aderenti e dei beneficiari e vigila sull'osservanza della normativa e del Regolamento nonché sul rispetto delle buone pratiche e dei principi di corretta amministrazione del Fondo.
2. Il Responsabile, avvalendosi delle procedure definite dall'impresa di assicurazione, organizza lo svolgimento delle sue funzioni al fine di:
   a) **vigilare sulla gestione finanziaria del Fondo, anche nel caso di conferimento a terzi di deleghe di gestione, con riferimento ai controlli su:**
      i) la politica di investimento. In particolare: che la politica di investimento effettivamente seguita sia coerente con quella indicata nel Regolamento e nel Documento sulla politica di investimento e che gli investimenti, ivi compresi quelli effettuati in OICR, avvengano nell'esclusivo interesse degli aderenti, nel rispetto dei principi di sana e prudente gestione nonché nel rispetto dei criteri e limiti previsti dalla normativa tempo per tempo vigente e dal Regolamento;
      ii) la gestione e il monitoraggio dei rischi. In particolare: che i rischi assunti con gli investimenti effettuati siano correttamente identificati, misurati e controllati e che siano coerenti con gli obiettivi perseguiti dalla politica di investimento;
   b) **vigilare sulla gestione amministrativa del Fondo, anche nel caso di conferimento a terzi di deleghe di gestione, con riferimento ai controlli su:**
      i) la separatezza amministrativa e contabile delle operazioni poste in essere per conto del Fondo rispetto al complesso delle altre operazioni svolte dall'impresa di assicurazione e del patrimonio del Fondo rispetto a quello dell'impresa di assicurazione e di suoi clienti;
      ii) la regolare tenuta dei libri e delle scritture contabili del Fondo;
   c) **vigilare sulle misure di trasparenza adottate nei confronti degli aderenti e dei beneficiari con riferimento ai controlli:**
      i) l'adeguatezza dell'organizzazione dedicata a soddisfare le esigenze informative degli aderenti e dei beneficiari, sia al momento del collocamento del Fondo che durante il rapporto;
      ii) gli oneri di gestione. In particolare, che le spese a carico degli aderenti e dei beneficiari previste dal Regolamento e le eventuali commissioni correlate ai risultati di gestione siano correttamente applicate;
      iii) la completezza ed esaustività delle informazioni contenute nelle comunicazioni periodiche agli aderenti e ai beneficiari e in quelle inviate in occasione di eventi particolari;
      iv) l'adeguatezza della procedura per la gestione dei reclami nonché il trattamento riservato ai singoli reclami;
      v) la tempestività e la correttezza dell'erogazione delle prestazioni, in particolare con riferimento ai tempi di liquidazione delle somme richieste a titolo di anticipazione o riscatto e di trasferimento della posizione individuale.
3. Il Responsabile controlla le soluzioni adottate dall'impresa di assicurazione per identificare le situazioni di conflitti di interesse e per evitare che le stesse arrechino pregiudizio agli aderenti e ai beneficiari; egli controlla altresì la corretta esecuzione del contratto stipulato per il conferimento dell'incarico di depositario, nonché il rispetto delle convenzioni assicurative/condizioni per l'erogazione delle rendite e, ove presenti, delle convenzioni/condizioni relative alle prestazioni accessorie.
4. Delle irregolarità riscontrate nell'esercizio delle sue funzioni il Responsabile dà tempestiva comunicazione all'organo di amministrazione e a quello di controllo dell'impresa di assicurazione indicando gli interventi correttivi da adottare.

Art. 7 - Rapporti con la COVIP

1. Il Responsabile:

a) predispone annualmente una relazione che descrive in maniera analitica l'organizzazione adottata per l'adempimento dei suoi doveri e che dà conto della congruità delle procedure di cui si avvale per l'esecuzione dell'incarico, dei risultati dell'attività svolta, delle eventuali irregolarità riscontrate durante l'anno e delle iniziative poste in essere per eliminarle. La relazione viene trasmessa alla COVIP entro il 31 marzo di ciascun anno. Copia della relazione stessa viene trasmessa all'organo di amministrazione e a quello di controllo dell'impresa di assicurazione;

b) vigila sul rispetto delle deliberazioni della COVIP e verifica che vengano inviate alla stessa le segnalazioni, la documentazione e le relazioni richieste dalla normativa tempo per tempo vigente e dalle istruzioni emanate in proposito;

c) comunica alla COVIP, contestualmente alla segnalazione all'organo di amministrazione e a quello di controllo dell'impresa di assicurazione, le irregolarità riscontrate nell'esercizio delle sue funzioni.

Art. 8 - Responsabilità

1. Il Responsabile deve adempiere i suoi doveri con la professionalità e la diligenza richieste dalla natura dell'incarico e dalla sua specifica competenza e deve conservare il segreto sui fatti e sui documenti di cui ha conoscenza in ragione del suo ufficio, tranne che nei confronti della COVIP e delle autorità giudiziarie.
2. Egli risponde verso l'impresa di assicurazione e verso i singoli aderenti e beneficiari del Fondo dei danni a ciascuno arrecati e derivanti dall'inosservanza di tali doveri.
3. All'azione di responsabilità si applicano, in quanto compatibili, gli artt. 2391, 2392, 2393, 2394, 2394-bis, 2395 del Codice Civile.

ALLEGATO N. 2
CONDIZIONI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE RENDITE

1. PRINCIPI DI CALCOLO

La rendita scelta dall'iscritto ai sensi dell'Art. 12 del Regolamento, viene calcolata sulla base di un tasso tecnico pari a 0,00%, delle tavola demografica indifferenziata per sesso denominata A62U, ottenuta come ponderazione delle relative tavole afferenti la popolazione maschile e quella femminile, e di un costo di erogazione rendita del 1,25%.

I coefficienti fissati nelle presenti condizioni potranno essere modificati sulla base del confronto tra le basi tecniche adottate, diverse dal tasso di interesse, ed i risultati dell'esperienza diretta e applicati a coloro i quali matureranno il diritto alla prestazione pensionistica successivamente a detta modifica.

La rendita viene rivalutata di anno in anno sulla base del rendimento del fondo di riferimento in vigore al momento della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica.

2. CONDIZIONI IN VIGORE

2.1 Tabelle di conversione

Le seguenti tabelle contengono i coefficienti in vigore per la conversione del montante contributivo netto di imposte rispettivamente in:

- rendita vitalizia immediata (tabella A);
- rendita certa per i primi 5 anni e successivamente vitalizia (tabella B);
- rendita certa per i primi 10 anni e successivamente vitalizia (tabella C);
- rendita certa fino a 80 anni e successivamente vitalizia (tabella D);

I documenti inerenti ai coefficienti di conversione relativi alla rendita vitalizia reversibile sono depositati presso la sede del Fondo.

L'importo annuo della rendita si determina moltiplicando il montante contributivo per i coefficienti indicati nelle tabelle sottostanti.

Per ottenere l'importo della rata, secondo la rateazione prescelta, occorre dividere l'importo annuo della rendita per il numero delle rate sub-annuali.

Tabella A

COEFFICIENTI DI CONVERSIONE DEL MONTANTE CONTRIBUTIVO NETTO IN RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA

	Frazionamento rendita				
	1	2	4	6	12
Età	Annuale	Semestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
45	0,02263	0,02250	0,02244	0,02242	0,02240
46	0,02314	0,02301	0,02294	0,02292	0,02290
47	0,02368	0,02353	0,02346	0,02344	0,02342
48	0,02423	0,02409	0,02401	0,02399	0,02396
49	0,02482	0,02466	0,02459	0,02456	0,02453
50	0,02543	0,02527	0,02519	0,02516	0,02513
51	0,02607	0,02590	0,02581	0,02579	0,02576
52	0,02674	0,02656	0,02647	0,02644	0,02642
53	0,02745	0,02726	0,02717	0,02714	0,02710
54	0,02819	0,02799	0,02789	0,02786	0,02783
55	0,02897	0,02876	0,02866	0,02862	0,02859
56	0,02980	0,02957	0,02946	0,02943	0,02939
57	0,03067	0,03043	0,03031	0,03027	0,03023
58	0,03158	0,03133	0,03121	0,03117	0,03113
59	0,03256	0,03229	0,03216	0,03212	0,03207
60	0,03359	0,03330	0,03316	0,03312	0,03307
61	0,03468	0,03438	0,03423	0,03418	0,03413
62	0,03585	0,03552	0,03536	0,03531	0,03526
63	0,03708	0,03674	0,03657	0,03651	0,03645
64	0,03840	0,03803	0,03785	0,03779	0,03773
65	0,03980	0,03940	0,03921	0,03914	0,03908
66	0,04130	0,04087	0,04066	0,04059	0,04052
67	0,04291	0,04245	0,04222	0,04215	0,04207
68	0,04464	0,04414	0,04390	0,04382	0,04374
69	0,04651	0,04597	0,04570	0,04561	0,04553
70	0,04852	0,04793	0,04764	0,04755	0,04745
71	0,05070	0,05006	0,04974	0,04964	0,04954
72	0,05306	0,05236	0,05201	0,05190	0,05179
73	0,05562	0,05485	0,05447	0,05435	0,05422
74	0,05841	0,05756	0,05714	0,05700	0,05687
75	0,06143	0,06049	0,06003	0,05988	0,05973
76	0,06474	0,06370	0,06319	0,06302	0,06285
77	0,06836	0,06719	0,06663	0,06644	0,06625
78	0,07232	0,07102	0,07038	0,07018	0,06997
79	0,07665	0,07519	0,07448	0,07425	0,07402
80	0,08139	0,07974	0,07895	0,07868	0,07842

Età: se sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età è quella del compleanno successivo.
Vengono inoltre applicate le seguenti tabelle di ringiovanimento/invecchiamento dipendenti dall'anno di nascita dell'Assicurato.

Anno di Nascita		Rettifica (anni)	Anno di Nascita		Rettifica (anni)
da	a		da	a	
1900	1907	7	1958	1966	0
1908	1917	6	1967	1977	-1
1918	1921	5	1978	1989	-2
1922	1927	4	1990	2001	-3
1928	1938	3	2002	2014	-4
1939	1947	2	2015	2020	-5
1948	1957	1	2021		-6

Tabella B

COEFFICIENTI DI CONVERSIONE DEL MONTANTE CONTRIBUTIVO NETTO IN RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI

	Frazionamento rendita				
	1	2	4	6	12
Età	Annuale	Semestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
45	0,02262	0,02250	0,02243	0,02241	0,02239
46	0,02313	0,02300	0,02293	0,02291	0,02289
47	0,02367	0,02353	0,02346	0,02343	0,02341
48	0,02422	0,02408	0,02400	0,02398	0,02396
49	0,02481	0,02465	0,02458	0,02455	0,02453
50	0,02542	0,02526	0,02518	0,02515	0,02512
51	0,02606	0,02589	0,02580	0,02577	0,02575
52	0,02673	0,02655	0,02646	0,02643	0,02640
53	0,02743	0,02724	0,02715	0,02712	0,02709
54	0,02817	0,02797	0,02788	0,02784	0,02781
55	0,02895	0,02874	0,02864	0,02860	0,02857
56	0,02977	0,02955	0,02944	0,02940	0,02937
57	0,03063	0,03040	0,03029	0,03025	0,03021
58	0,03155	0,03130	0,03118	0,03114	0,03110
59	0,03252	0,03225	0,03212	0,03208	0,03204
60	0,03354	0,03326	0,03312	0,03308	0,03303
61	0,03463	0,03433	0,03418	0,03414	0,03409
62	0,03578	0,03546	0,03531	0,03526	0,03521
63	0,03700	0,03667	0,03650	0,03645	0,03639
64	0,03831	0,03795	0,03777	0,03771	0,03765
65	0,03969	0,03931	0,03912	0,03906	0,03899
66	0,04118	0,04076	0,04056	0,04049	0,04042
67	0,04276	0,04232	0,04210	0,04203	0,04196
68	0,04447	0,04399	0,04375	0,04367	0,04360
69	0,04630	0,04578	0,04553	0,04544	0,04536
70	0,04827	0,04771	0,04743	0,04734	0,04725
71	0,05039	0,04978	0,04949	0,04939	0,04929
72	0,05268	0,05202	0,05170	0,05159	0,05148
73	0,05515	0,05443	0,05408	0,05396	0,05385
74	0,05782	0,05703	0,05665	0,05652	0,05640
75	0,06070	0,05984	0,05942	0,05929	0,05915
76	0,06380	0,06287	0,06242	0,06226	0,06212
77	0,06716	0,06614	0,06565	0,06548	0,06532
78	0,07079	0,06967	0,06913	0,06895	0,06877
79	0,07468	0,07346	0,07287	0,07267	0,07248
80	0,07886	0,07753	0,07688	0,07667	0,07646

Età: se sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età è quella del compleanno successivo.

Vengono inoltre applicate le tabelle di ringiovanimento/invecchiamento indicate in calce alla precedente tabella A.

Tabella C

COEFFICIENTI DI CONVERSIONE DEL MONTANTE CONTRIBUTIVO NETTO IN RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI

	Frazionamento rendita				
	1	2	4	6	12
Età	Annuale	Semestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
45	0,02260	0,02247	0,02241	0,02239	0,02237
46	0,02311	0,02298	0,02291	0,02289	0,02287
47	0,02364	0,02350	0,02343	0,02341	0,02339
48	0,02419	0,02405	0,02398	0,02395	0,02393
49	0,02477	0,02462	0,02454	0,02452	0,02449
50	0,02538	0,02522	0,02514	0,02511	0,02509
51	0,02601	0,02584	0,02576	0,02573	0,02571
52	0,02668	0,02650	0,02641	0,02638	0,02636
53	0,02737	0,02719	0,02710	0,02707	0,02704
54	0,02810	0,02791	0,02781	0,02778	0,02775
55	0,02887	0,02867	0,02857	0,02853	0,02850
56	0,02968	0,02947	0,02936	0,02932	0,02929
57	0,03053	0,03031	0,03019	0,03016	0,03012
58	0,03143	0,03119	0,03107	0,03103	0,03099
59	0,03238	0,03213	0,03200	0,03196	0,03192
60	0,03338	0,03311	0,03298	0,03294	0,03289
61	0,03444	0,03416	0,03402	0,03397	0,03392
62	0,03556	0,03526	0,03511	0,03506	0,03501
63	0,03675	0,03643	0,03627	0,03622	0,03617
64	0,03801	0,03767	0,03750	0,03744	0,03739
65	0,03935	0,03898	0,03880	0,03874	0,03868
66	0,04076	0,04038	0,04018	0,04012	0,04006
67	0,04227	0,04186	0,04165	0,04158	0,04152
68	0,04387	0,04343	0,04321	0,04314	0,04307
69	0,04558	0,04511	0,04488	0,04480	0,04472
70	0,04739	0,04689	0,04664	0,04656	0,04648
71	0,04931	0,04878	0,04851	0,04843	0,04834
72	0,05135	0,05078	0,05050	0,05041	0,05031
73	0,05350	0,05289	0,05260	0,05250	0,05240
74	0,05576	0,05512	0,05481	0,05470	0,05460
75	0,05814	0,05746	0,05713	0,05702	0,05691
76	0,06062	0,05991	0,05956	0,05944	0,05933
77	0,06319	0,06245	0,06208	0,06196	0,06184
78	0,06584	0,06507	0,06469	0,06457	0,06444
79	0,06854	0,06775	0,06736	0,06723	0,06710
80	0,07125	0,07044	0,07005	0,06992	0,06979

Età: se sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età è quella del compleanno successivo.

Vengono inoltre applicate le tabelle di ringiovanimento/invecchiamento indicate in calce alla precedente tabella A.

Tabella D

COEFFICIENTI DI CONVERSIONE DEL MONTANTE CONTRIBUTIVO NETTO IN RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA CERTA FINO AD 80 ANNI

	Frazionamento rendita				
	1	2	4	6	12
Età	Annuale	Semestrale	Trimestrale	Bimestrale	Mensile
45	0,02211	0,02174	0,02169	0,02168	0,02166
46	0,02261	0,02223	0,02218	0,02216	0,02214
47	0,02313	0,02274	0,02268	0,02266	0,02264
48	0,02367	0,02327	0,02321	0,02319	0,02317
49	0,02424	0,02382	0,02376	0,02374	0,02372
50	0,02483	0,02440	0,02434	0,02432	0,02430
51	0,02546	0,02501	0,02495	0,02493	0,02490
52	0,02611	0,02566	0,02559	0,02556	0,02554
53	0,02680	0,02633	0,02626	0,02623	0,02621
54	0,02753	0,02704	0,02696	0,02694	0,02691
55	0,02830	0,02779	0,02771	0,02768	0,02765
56	0,02910	0,02858	0,02849	0,02846	0,02843
57	0,02996	0,02941	0,02932	0,02929	0,02926
58	0,03087	0,03030	0,03020	0,03016	0,03013
59	0,03183	0,03123	0,03113	0,03109	0,03106
60	0,03285	0,03223	0,03211	0,03208	0,03204
61	0,03393	0,03329	0,03316	0,03312	0,03309
62	0,03509	0,03441	0,03428	0,03424	0,03420
63	0,03633	0,03561	0,03547	0,03543	0,03538
64	0,03765	0,03690	0,03675	0,03670	0,03665
65	0,03906	0,03827	0,03811	0,03806	0,03800
66	0,04058	0,03975	0,03957	0,03951	0,03946
67	0,04221	0,04133	0,04114	0,04108	0,04102
68	0,04398	0,04304	0,04283	0,04277	0,04270
69	0,04589	0,04489	0,04466	0,04459	0,04451
70	0,04795	0,04689	0,04664	0,04656	0,04648
71	0,05020	0,04906	0,04879	0,04870	0,04861
72	0,05265	0,05142	0,05112	0,05102	0,05092
73	0,05531	0,05399	0,05365	0,05354	0,05343
74	0,05822	0,05679	0,05641	0,05629	0,05617
75	0,06141	0,05984	0,05942	0,05929	0,05915
76	0,06489	0,06318	0,06271	0,06255	0,06240
77	0,06871	0,06682	0,06629	0,06611	0,06594
78	0,07288	0,07080	0,07019	0,06999	0,06979
79	0,07742	0,07511	0,07441	0,07419	0,07396
80	0,08232	0,07974	0,07895	0,07868	0,07842

Età: se sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età è quella del compleanno successivo.
Vengono inoltre applicate le tabelle di ringiovanimento/invecchiamento indicate in calce alla precedente tabella A.

2.2 Rivalutazione della rendita annua

La polizza fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali la Società riconoscerà una rivalutazione annua delle prestazioni assicurate in base alle condizioni appresso indicate. A tale fine la Società gestirà secondo quanto previsto dal regolamento VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA, attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

a) Rendimento attribuito
La Società dichiara entro il giorno 1 del mese che precede l'anniversario della decorrenza della polizza, il rendimento annuo da attribuire agli Assicurati, ottenuto moltiplicando il rendimento, di cui al punto c) del regolamento, che fa riferimento ai 12 mesi che precedono il terzo mese antecedente la ricorrenza anniversaria, per l'aliquota di partecipazione di volta in volta fissata, aliquota che comunque non deve risultare inferiore al 90%.

b) Misura della rivalutazione
La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando, per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0.00%, la differenza tra il rendimento attribuito, definito a norma del punto a), e il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita.

c) Rivalutazione della rendita assicurata
Ad ogni anniversario della data di decorrenza, il contratto viene rivalutato mediante aumento, a totale carico della Società, della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Tale aumento viene determinato secondo la misura di rivalutazione fissata, a norma del punto b), entro il giorno 1 del mese che precede l'anniversario suddetto.
Da tale anniversario la rendita assicurata viene rivalutata nella stessa misura e quindi il contratto stesso si considera come sottoscritto sin dall'origine per il nuovo importo assicurato.
Segue, in particolare, che ciascuna rivalutazione viene applicata alle garanzie in essere, comprensive di quelle derivanti da eventuali precedenti rivalutazioni.

Regolamento del Fondo Vittoria Obiettivo Crescita

a) Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Vittoria Assicurazioni S.p.A., che viene contraddistinta con il nome "FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA".
La gestione del FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA è conforme al Regolamento ISVAP n. 38 del 3 giugno 2011 (di seguito il "Regolamento n. 38") e si atterrà a eventuali successive disposizioni.

b) Il FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA è denominato in Euro.

c) Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento decorre dal 1° gennaio fino al 31 dicembre del medesimo anno. All'interno del periodo di osservazione, viene inoltre determinato un tasso medio di rendimento al termine di ciascun mese di calendario con riferimento ai 12 mesi di calendario trascorsi; tale rendimento viene eventualmente riconosciuto ove previsto dalle condizioni di polizza.

d) Il FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA ha per obiettivo la rivalutazione dei capitali investiti, garantendo nel tempo una equa partecipazione degli assicurati ai risultati finanziari della gestione. A tal fine persegue una strategia di investimento prevalentemente orientata verso titoli obbligazionari e strumenti di liquidità denominati in Euro, anche tramite l'acquisto di quote di Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio (OICR). Il Fondo può inoltre investire in quote o azioni di società immobiliari, in altri titoli di capitale e in generale in tutte le attività ammesse dalla normativa di settore, a condizione che gli investimenti in titoli obbligazionari e in strumenti di liquidità denominati in Euro, effettuati direttamente o tramite l'acquisto di quote di OICR, rappresentino almeno il 55% del portafoglio.
Tale limite potrà essere temporaneamente derogato in particolari momenti di vita del Fondo, ad esempio nel caso di termine prossimo della gestione del Fondo.
La gestione può comprendere investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi, gestiti o promossi da soggetti appartenenti al Gruppo Vittoria Assicurazioni o collegati allo stesso elencati nell'art. 5 del Regolamento ISVAP 27 maggio 2008, n.25. Tali investimenti non potranno superare il 30% del portafoglio.
Gli strumenti finanziari derivati possono essere utilizzati nel rispetto delle condizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.

e) Il FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA non è dedicato a un particolare segmento di clientela o tipo di polizze.

f) Il valore delle attività della gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa.

g) La Società si riserva di effettuare modifiche al presente regolamento derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure, se ciò non è sfavorevole agli assicurati, a fronte di mutati criteri gestionali. Inoltre, la Società si riserva di apportare al presente Regolamento, quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti dell'attuale legislazione fiscale.

h) Sul FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle

effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

i) Il rendimento del FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

j) Il tasso medio di rendimento della gestione separata, relativo al periodo di osservazione di cui alla lettera c) del presente Regolamento, è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione stessa. Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata di cui all'articolo 12 del Regolamento n. 38. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto. La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata. I criteri di valutazione impiegati ai fini del calcolo della giacenza media non possono essere modificati, salvo in casi eccezionali. In tale eventualità, il rendiconto riepilogativo della gestione separata di cui all'articolo 13 del Regolamento n. 38 è accompagnato da una nota illustrativa che riporta le motivazioni dei cambiamenti nei criteri di valutazione ed il loro impatto economico sul tasso medio di rendimento della gestione separata.

k) Il FONDO VITTORIA OBIETTIVO CRESCITA è annualmente sottoposto alla verifica da parte di una Società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.

l) Il presente regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

ALLEGATO N. 3
CONDIZIONI DELLE PRESTAZIONI ACCESSORIE

1. COPERTURA DAL RISCHIO DI MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE
2. COPERTURA DAL RISCHIO DI MORTE E NON AUTOSUFFICIENZA (Long Term Care c.d. LTC)
GLOSSARIO

1. COPERTURA DAL RISCHIO DI MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE

Descrizione

La presente copertura assicurativa contro il rischio di morte (TCM) e Invalidità Permanente (IP) è una forma di assicurazione sulla vita volta a garantire l'erogazione del Capitale assicurato in caso di:

- Decesso dell'Aderente; o
- Insorgenza dello stato di Invalidità totale e permanente dell'Aderente.

La copertura assicurativa è:

- Accessoria (rispetto alle prestazioni previste dalla partecipazione al Fondo);
- Ad adesione facoltativa;
- Di durata monoannuale;
- Rivolta esclusivamente agli aderenti del Fondo Pensione Aperto Vittoria Formula Lavoro di Età contrattuale compresa tra i 18 anni e i 70 anni e non potrà essere rinnovata oltre il 70esimo anno di età.

Nelle coperture dal rischio di morte o di Invalidità totale e permanente, il pagamento di una prestazione estingue l'altra.

Prestazioni

In caso di decesso o Invalidità totale e permanente dell'Aderente non dovuto alle Esclusioni di seguito dettagliate, avvenuto nel corso della Durata contrattuale, la Società garantisce il pagamento del Capitale assicurato a favore dei Beneficiari designati.

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'Aderente 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.

Per ciascun importo di Premio la prestazione assicurata è determinata in funzione dell'Età contrattuale dell'Aderente alla Data di Decorrenza della copertura, come indicato nella Tabella 1.
Le prestazioni della Società sono garantite a condizione che l'Aderente abbia provveduto al pagamento del Premio.
In caso di sopravvivenza dell'Aderente alla data di scadenza della copertura assicurativa, questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

Esclusioni

Le prestazioni assicurate sono garantite qualunque sia la causa del decesso o della sopravvenuta

invalidità dell'Aderente, senza limitazioni territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Aderente.

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:
a) Dolo del Beneficiario.
b) Partecipazione attiva dell'Aderente a delitti dolosi.
c) Partecipazione attiva dell'Aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Aderente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero.
d) Incidente di volo, se l'Aderente 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'Aderente.
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.

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

È esclusa dalla garanzia l'invalidità causata dai punti a), b), c), e) sopra indicati 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'Aderente 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 aeromobili 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.

Decorrenza

L'assicurazione è monoannuale e si rinnova tacitamente per ciascuna posizione ad ogni ricorrenza anniversaria successiva salvo il caso di cessazione della partecipazione al Fondo.
Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Aderenti che abbiano superato i 70 anni di Età contrattuale. Al termine del periodo di copertura durante il quale l'Aderente avrà superato tale età, la relativa posizione individuale si estingue.
In fase di prima adesione essa decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di accredito sul conto corrente dedicato, fino al 31 dicembre dello stesso anno solare.
Per gli Aderenti che in corso d'anno dovessero cessare la partecipazione al Fondo ai sensi degli Artt. 11 e 14 del Decreto Legislativo n. 252/2005, la copertura resterà attiva fino al 31 dicembre del medesimo anno solare.

Premio

La Prestazione assicurativa è garantita previo pagamento di un Premio unico di importo predefinito. All'Aderente è data la possibilità di scegliere l'ammontare del Premio destinato alla

copertura assicurativa, tra le seguenti opzioni:

- 120 euro
- 180 euro

Per gli Aderenti che dovessero accedere alla copertura assicurativa in corso d'anno, l'importo sarà calcolato in funzione della durata residua della copertura.

Per il versamento del Premio l'Aderente potrà utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:

a) Primo Premio
   - bonifico bancario.

b) Premi successivi
- esclusivamente SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente intestato al Fondo.

Le spese relative ai mezzi di pagamento sono a carico dell'Aderente.

Costi gravanti sul Premio a carico dell'Aderente

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

Sottoscrizione del Contratto

I rischi vengono assunti dalla Società all'atto dell'adesione al Fondo, o in un momento successivo, attraverso la compilazione da parte dell'Aderente della dichiarazione sul proprio stato di salute.
Qualora non fosse possibile compilare anche solo una delle dichiarazioni inserite nel documento non sarà possibile emettere la copertura assicurativa.
L'Età contrattuale dell'Aderente alla Data di Decorrenza deve essere compresa tra i 18 e i 70 anni.

La sottoscrizione avviene tramite l'apposito modulo di adesione compilato dall'Aderente.
Il Contratto è formalmente stipulato quando l'Aderente paga il Premio e riceve dalla Società la Lettera di Conferma che attesta l'accettazione.

Diritto di Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro trenta giorni dal momento in cui il Contratto è stipulato con 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)
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Società rimborsa all'Aderente il Premio pagato al netto della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il Contratto ha avuto effetto.

Dichiarazioni

Le dichiarazioni dell'Aderente devono essere esatte e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Aderente 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 all'Aderente 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 all'Aderente, 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.

Beneficiari

In caso di decesso, il beneficio della presente copertura assicurativa accessoria spetta ai medesimi soggetti designati per la prestazione previdenziale. In mancanza di designazione da parte dell'Aderente, il beneficio spetta agli aventi diritto previsti da legge.
In caso di sopravvenuta Invalidità totale e permanente, il beneficio della prestazione assicurata spetta all'Aderente stesso.

Foro competente

Per le eventuali controversie relative al presente Contratto il Foro Competente è quello del luogo di residenza o di domicilio dell'Aderente, Beneficiario o altri aventi diritto.

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.

Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

Denuncia dell'invalidità ed obblighi relativi

Verificatasi l'invalidità dell'Aderente, lo stesso deve farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata, entro tre mesi dall'evento, **facendo pervenire successivamente alla Società il certificato del medico curante, redatto su apposito modulo predisposto dalla Società, che attesti lo stato di Invalidità Permanente.**
A richiesta della Società l'Aderente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso di invalidità, è obbligato 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'Aderente, la procedura di accertamento di invalidità si interrompe e viene liquidato il relativo Capitale assicurato in caso di decesso.

Collegio Medico

In caso di disaccordo sul riconoscimento dell'Invalidità Permanente, l'Aderente 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 dall'Aderente 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'Aderente.
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.

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'Aderente, devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti elencati:

a) Certificato anagrafico di morte dell'Aderente.
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'Aderente 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 a 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'Aderente, 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'Aderente 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'Aderente.
d) Scheda di adeguata verifica della clientela relativa all'Aderente.
e) Codice iban dell'Aderente.
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 di riferimento 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.
Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Aderente e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria potrà sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura alla Compagnia affinché 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'Aderente 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.

Tabella 1

PRESTAZIONI PER ETÀ E FASCIA DI PREMIO

	capitali	
Età/Premi	120 euro	180 euro
18	208.771,93	314.035,09
19	183.076,92	275.384,62
20	170.000,00	255.714,29
21	170.000,00	255.714,29
22	170.000,00	255.714,29
23	170.000,00	255.714,29
24	170.000,00	255.714,29
25	170.000,00	255.714,29
26	170.000,00	255.714,29
27	170.000,00	255.714,29
28	170.000,00	255.714,29
29	167.605,63	252.112,68
30	163.013,70	245.205,48
31	163.013,70	245.205,48
32	152.564,10	229.487,18
33	148.750,00	223.750,00
34	141.666,67	213.095,24
35	138.372,09	208.139,53
36	133.707,87	201.123,60
37	123.958,33	186.458,33
38	120.202,02	180.808,08
39	111.214,95	167.289,72
40	103.478,26	155.652,17
41	99.166,67	149.166,67
42	90.839,69	136.641,22
43	83.216,78	125.174,83
44	76.774,19	115.483,87

	capitali	
Età/Premi	120 euro	180 euro
45	70.000,00	105.294,12
46	64.324,32	96.756,76
47	57.766,99	86.893,20
48	51.072,96	76.824,03
49	46.666,67	70.196,08
50	42.049,47	63.250,88
51	38.511,33	57.928,80
52	34.795,32	52.339,18
53	32.513,66	48.907,10
54	29.824,56	44.862,16
55	26.621,92	40.044,74
56	23.752,50	35.728,54
57	21.174,38	31.850,53
58	18.593,75	27.968,75
59	17.073,17	25.681,49
60	15.740,74	23.677,25
61	14.441,75	21.723,30
62	13.553,53	20.387,24
63	12.318,84	18.530,02
64	11.080,07	16.666,67
65	9.867,33	14.842,45
66	8.860,76	13.328,37
67	7.986,58	12.013,42
68	7.160,05	10.770,16
69	6.449,86	9.701,90
70	5.882,35	8.848,25

2. COPERTURA DAL RISCHIO DI MORTE E NON AUTOSUFFICIENZA (Long Term Care c.d. LTC)

Descrizione

La presente copertura assicurativa contro il rischio di morte (TCM) e di non autosufficienza (LTC) è una forma di assicurazione sulla vita volta a garantire l'erogazione del Capitale assicurato o di una rendita vitalizia in caso di:

- Decesso dell'Aderente; o
- Insorgenza dello Stato di non autosufficienza dell'Aderente.

La copertura assicurativa è:

- Accessoria (rispetto alle prestazioni previste dalla partecipazione al Fondo);
- Ad adesione facoltativa;
- Di durata monoannuale;
- Rivolta esclusivamente agli aderenti del Fondo Pensione Aperto Vittoria Formula Lavoro di Età contrattuale compresa tra i 18 anni e i 70 anni e non potrà essere rinnovata oltre il 70esimo anno di età.

Nelle coperture dal rischio di morte o di non autosufficienza, il pagamento di una prestazione estingue l'altra.

Prestazioni

In caso di decesso o di non autosufficienza dell'Aderente non dovuto alle Esclusioni di seguito dettagliate, avvenuto nel corso della Durata contrattuale, la Società garantisce il pagamento del Capitale assicurato o della Rendita assicurata a favore dei Beneficiari designati.

È considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di compiere 4 delle seguenti 6 Attività elementari della vita quotidiana (ADL):

- Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.
  Ciò implica che l'Aderente è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.
- Vestirsi: capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.
  Ciò implica che l'Aderente è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze non è considerata determinante.
- Nutrirsi: Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi.
  Ciò implica che l'Aderente è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- Mobilità: Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane.
  Ciò implica che l'Aderente è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.
- Continenza: Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona.
  Ciò significa che l'Aderente è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane).
- Spostarsi: Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

È inoltre coperto lo Stato di non autosufficienza derivante dalla Perdita delle capacità mentali,

dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

Per ciascun importo di Premio la prestazione assicurata è determinata in funzione dell'Età contrattuale dell'Aderente alla Data di Decorrenza della copertura, come indicato nella Tabella 2.
Le prestazioni della Società sono garantite a condizione che l'Aderente abbia provveduto al pagamento del Premio.
In caso di sopravvivenza dell'Aderente alla data di scadenza della copertura assicurativa, questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

Esclusioni

Le prestazioni assicurate sono garantite qualunque sia la causa del decesso o della sopravvenuta invalidità dell'Aderente, senza limitazioni territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Aderente.

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

a) Dolo del Beneficiario.
b) Partecipazione attiva dell'Aderente a delitti dolosi.
c) Partecipazione attiva dell'Aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Aderente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero.
d) Incidente di volo, se l'Aderente 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'Aderente.
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.

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

Sono esclusi dalla garanzia per perdita dell'autosufficienza, i casi dovuti a:

- Patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) e che non risultano in un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le Attività elementari della vita quotidiana.
- Dolo del Beneficiario.
- Partecipazione attiva dell'Aderente ad atti criminali o dolosi.
- Partecipazione attiva a guerra civile, tumulti o sommosse ed atti di terrorismo.
- Partecipazione attiva dell'Aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano.
- Incidenti di volo, se l'Aderente 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.
- Lesioni provocate volontariamente o tentato suicidio.
- Abuso di alcool o uso di droghe.
- Pratica di sport pericolosi.
- Rifiuto di seguire le prescrizioni mediche.

- Contaminazione chimica, batteriologica o radioattiva.
- Infezioni da HIV.

In questi casi la Società liquiderà all'Aderente un importo pari al rateo dell'ultimo Premio pagato corrispondente al periodo mancante al successivo rinnovo annuale.
Inoltre, le prestazioni non sono dovute se:

- Lo Stato di non autosufficienza esisteva già al momento della sottoscrizione.
- L'Aderente, al momento della sottoscrizione, risulti colpito da una invalidità superiore al 50% o abbia fatto richiesta per il suo riconoscimento.

Periodo di Carenza (solo per la garanzia Long Term Care)

Una volta che la Società abbia dato il proprio assenso all'attivazione della copertura assicurativa viene attivato un periodo di Carenza durante il quale la copertura assicurativa ha una efficacia limitata. La Società non riconoscerà la prestazione assicurata qualora:

- Nel corso del primo anno dall'entrata in assicurazione intervenga lo Stato di non autosufficienza a seguito di malattia.
- Nel corso dei primi tre anni dall'entrata in assicurazione intervenga lo Stato di non autosufficienza a causa del morbo di Alzheimer.

In tali casi la Società corrisponderà all'Aderente un importo pari al rateo dell'ultimo Premio pagato corrispondente al periodo mancante al successivo rinnovo annuale.

Decorrenza

L'assicurazione è monoannuale e si rinnova tacitamente per ciascuna posizione ad ogni ricorrenza anniversaria successiva salvo il caso di cessazione della partecipazione al Fondo.
Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Aderenti che abbiano superato i 70 anni di Età contrattuale. Al termine del periodo di copertura durante il quale l'Aderente avrà superato tale età, la relativa posizione individuale si estingue.
In fase di prima adesione essa decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di accredito sul conto corrente dedicato, fino al 31 dicembre dello stesso anno solare.
Per gli Aderenti che in corso d'anno dovessero cessare la partecipazione al Fondo ai sensi degli Artt. 11 e 14 del Decreto Legislativo n. 252/2005, la copertura resterà attiva fino al 31 dicembre del medesimo anno solare.

Premio

La Prestazione assicurativa è garantita previo pagamento di un Premio unico di importo predefinito. All'Aderente è data la possibilità di scegliere l'ammontare del Premio destinato alla copertura assicurativa, tra le seguenti opzioni:

- 120 euro di cui 80 euro per la garanzia morte e 40 euro per la garanzia non autosufficienza.
- 180 euro di cui 130 euro per la garanzia morte e 50 euro per la garanzia non autosufficienza.

Per gli Aderenti che dovessero accedere alla copertura assicurativa in corso d'anno, l'importo sarà calcolato in funzione della durata residua della copertura.
Per il versamento del Premio l'Aderente potrà utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:

a) Primo Premio
   - bonifico bancario.

b) Premi successivi
   - esclusivamente SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente intestato al Fondo.

Le spese relative ai mezzi di pagamento sono a carico dell'Aderente.

Costi gravanti sul Premio a carico dell'Aderente

Tipologia di Costo	Misura	Applicazione
Diritto fisso	2,00 euro	Sul Premio
Caricamento Percentuale	18,00%	Sul Premio al netto del costo fisso

Sottoscrizione del Contratto

I rischi vengono assunti dalla Società all'atto dell'adesione al Fondo, o in un momento successivo, attraverso la compilazione da parte dell'Aderente della dichiarazione sul proprio stato di salute.
Qualora non fosse possibile compilare anche solo una delle dichiarazioni inserite nel documento non sarà possibile emettere la copertura assicurativa.
L'Età contrattuale dell'Aderente alla Data di Decorrenza deve essere compresa tra i 18 e i 70 anni.

La sottoscrizione avviene tramite l'apposito modulo di adesione compilato dall'Aderente.
Il Contratto è formalmente stipulato quando l'Aderente paga il Premio e riceve dalla Società la Lettera di Conferma che attesta l'accettazione.

Diritto di Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro trenta giorni dal momento in cui il Contratto è stipulato con 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)
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Società rimborsa all'Aderente il Premio pagato al netto della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il Contratto ha avuto effetto.

Dichiarazioni

Le dichiarazioni dell'Aderente devono essere esatte e complete. L'inesatta indicazione dell'età dell'Aderente 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 all'Aderente 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 all'Aderente, 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.

Beneficiari

In caso di decesso, il beneficio della presente copertura assicurativa accessoria spetta ai medesimi soggetti designati per la prestazione previdenziale. In mancanza di designazione da parte dell'Aderente, il beneficio spetta agli aventi diritto previsti da legge.
In caso di non autosufficienza, il beneficio della prestazione assicurata spetta all'Aderente stesso.

Foro competente

Per le eventuali controversie relative al presente Contratto il Foro Competente è quello del luogo di residenza o di domicilio dell'Aderente, Beneficiario o altri aventi diritto.

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.

Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

Denuncia dello Stato di non autosufficienza

Qualora sopravvenga uno Stato di non autosufficienza, obiettivamente accertabile, l'Aderente o altra persona da essi designata devono farne denuncia alla Società. La richiesta di liquidazione può essere consegnata all'intermediario di riferimento 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
o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC)
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it.
La data di denuncia corrisponde alla data di ricevimento della suddetta raccomandata.
La denuncia deve essere accompagnata o seguita da un certificato del medico curante che attesti lo Stato di non autosufficienza, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori e la precisazione circa la causa delle condizioni di non autosufficienza.
A fronte della denuncia, la Società invierà all'Aderente un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero.
Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.
Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo Stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.
Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo Stato di non autosufficienza sono insufficienti, la Società si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Aderente ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

In caso di intervenuto decesso dell'Aderente, la procedura di accertamento dello Stato

di non autosufficienza si interrompe e viene liquidato il relativo Capitale assicurato in caso di decesso.

Accertamento dello Stato di non autosufficienza

La Società si impegna ad accertare lo Stato di non autosufficienza entro novanta giorni dalla data della denuncia, **qualora l'Aderente abbia provveduto all'inoltro di tutta la documentazione prevista**.
Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la Società corrisponderà la rendita pattuita alla prima scadenza di pagamento successiva, corrispondendo anche le eventuali rate arretrate scadute prima del riconoscimento della non autosufficienza.
In caso di controversia sull'esito dell'accertamento dello Stato di non autosufficienza, l'Aderente ha la facoltà di ricorrere al collegio medico con le modalità indicate al successivo paragrafo.

Collegio Medico

In caso di disaccordo sul riconoscimento dello Stato di non autosufficienza, l'Aderente o il suo Amministratore di Sostegno di cui alla Legge n.6/2004, hanno la facoltà, entro 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC) vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it, la decisione di un Collegio Medico, composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dall'Aderente 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'Aderente.
Il Collegio Medico decide a maggioranza, come amichevole compositore senza formalità di procedura con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale. I medici, ove ritengano opportuno potranno esperire qualsiasi accorgimento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).
Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo.
Tutte le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Rivedibilità dello Stato di non autosufficienza

La Società si riserva il diritto di sottoporre a sue spese, non più di una volta l'anno, l'Aderente non autosufficiente alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato ed a richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Aderente stesso.
Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza, la Società comunicherà all'Aderente la sospensione della liquidazione della rendita e la sospensione dell'esonero dal pagamento del Premio di polizza.
L'Aderente è tenuto al pagamento del Premio di polizza, a partire da quello immediatamente successivo alla comunicazione della Società, anche se frazionato in rate inferiori all'anno. L'importo di detto Premio sarà equivalente a quello che l'Aderente avrebbe pagato laddove non fosse mai intervenuto lo Stato di non autosufficienza.
In caso di controversia sull'esito della verifica dello Stato di non autosufficienza, l'Aderente o il suo Amministratore di Sostegno di cui alla Legge n.6/2004, hanno la facoltà di ricorrere al Collegio Medico.
Nel caso in cui l'Aderente si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita verrà sospeso.

Pagamenti della Società

Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la rendita mensile verrà erogata il primo giorno di ogni mese a partire dal terzo mese successivo (Periodo di differimento) alla data di presentazione/ricevimento della denuncia di sinistro.
Ciascuna rata mensile di rendita verrà corrisposta mediante bonifico con valuta pari alla data del pagamento, su un conto corrente bancario intestato all'Aderente.
In caso di variazione delle coordinate bancarie sulle quali viene effettuato il pagamento delle rate mensili di rendita, l'Aderente dovrà comunicare le modifiche per posta alla Direzione della Società.
Quest'ultima garantisce l'utilizzo di tali nuove coordinate a partire da trenta giorni successivi alla data di ricevimento di tale comunicazione.
In occasione di ogni Ricorrenza Anniversaria la Società dovrà ricevere da parte dell'Aderente un'autocertificazione di esistenza in vita sottoscrivendo apposita dichiarazione fattagli pervenire in tempo utile dalla medesima. La Società si riserva, oltre che il diritto agli accertamenti di cui al precedente paragrafo, la facoltà di verificare l'esistenza in vita dell'Aderente anche in momenti diversi dalla Ricorrenza Anniversaria.
Trascorsi quarantacinque giorni dall'invio della richiesta di autocertificazione, senza che questa sia pervenuta alla Società, la stessa procederà all'immediata sospensione dell'erogazione della rendita. Qualora il mancato ricevimento da parte della Società dell'autocertificazione sia dovuto a cause diverse dal decesso dell'Aderente, il ricevimento da parte di quest'ultima di una nuova autocertificazione determina la riattivazione dell'erogazione della rendita con il pagamento delle rate eventualmente rimaste in sospeso.

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

a) Certificato anagrafico di morte dell'Aderente.
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'Aderente 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 a 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.

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 di riferimento 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.
Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Aderente e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria potrà sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura alla Compagnia affinché 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'Aderente 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.

Tabella 2

PRESTAZIONI PER ETÀ E FASCIA DI PREMIO

	120 euro		180 euro	
Età/Premi	80 euro	40 euro	130 euro	50 euro
	capitali	rendite	capitali	rendite
18	179.545,45	16.122,36	293.181,82	20.256,30
19	158.000,00	16.122,36	258.000,00	20.256,30
20	149.056,60	16.122,36	243.396,23	20.256,30
21	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
22	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
23	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
24	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
25	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
26	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
27	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
28	146.296,30	16.122,36	238.888,89	20.256,30
29	143.636,36	16.122,36	234.545,45	20.256,30
30	141.071,43	16.122,36	230.357,14	20.256,30
31	141.071,43	16.122,36	230.357,14	20.256,30
32	131.666,67	16.122,36	215.000,00	20.256,30
33	129.508,20	16.122,36	211.475,41	20.256,30
34	121.538,46	16.122,36	198.461,54	20.256,30
35	119.696,97	16.122,36	195.454,55	20.256,30
36	114.492,75	16.122,36	186.956,52	20.256,30
37	108.219,18	16.122,36	176.712,33	20.256,30
38	103.947,37	16.122,36	169.736,84	20.256,30
39	96.341,46	16.122,36	157.317,07	20.256,30
40	89.772,73	13.703,44	146.590,91	17.217,15
41	85.869,57	13.703,44	140.217,39	17.217,15
42	78.217,82	13.703,44	127.722,77	17.217,15
43	72.477,06	13.703,44	118.348,62	17.217,15
44	66.386,55	13.703,44	108.403,36	17.217,15

	120 euro		180 euro	
Età/Premi	80 euro	40 euro	130 euro	50 euro
	capitali	rendite	capitali	rendite
45	60.769,23	10.749,72	99.230,77	13.506,06
46	55.633,80	10.749,72	90.845,07	13.506,06
47	50.000,00	10.749,72	81.645,57	13.506,06
48	44.134,08	10.749,72	72.067,04	13.506,06
49	40.512,82	10.749,72	66.153,85	13.506,06
50	36.405,53	8.703,41	59.447,00	10.935,06
51	33.333,33	8.703,41	54.430,38	10.935,06
52	30.038,02	8.703,41	49.049,43	10.935,06
53	28.113,88	8.703,41	45.907,47	10.935,06
54	25.816,99	8.703,41	42.156,86	10.935,06
55	23.032,07	6.024,10	37.609,33	7.568,74
56	20.519,48	6.024,10	33.506,49	7.568,74
57	18.329,47	6.024,10	29.930,39	7.568,74
58	16.089,61	6.024,10	26.272,91	7.568,74
59	14.766,36	6.024,10	24.112,15	7.568,74
60	13.620,69	3.322,54	22.241,38	4.174,48
61	12.500,00	3.322,54	20.411,39	4.174,48
62	11.721,07	3.322,54	19.139,47	4.174,48
63	10.661,27	3.322,54	17.408,91	4.174,48
64	9.587,38	3.322,54	15.655,34	4.174,48
65	8.531,32	1.686,85	13.930,89	2.119,38
66	7.662,46	1.686,85	12.512,12	2.119,38
67	6.905,59	1.686,85	11.276,22	2.119,38
68	6.191,22	1.686,85	10.109,72	2.119,38
69	5.579,10	1.686,85	9.110,17	2.119,38
70	5.086,93	856,62	8.306,50	1.076,26

GLOSSARIO

Aderente: persona fisica che partecipa alla forma pensionistica complementare sulla cui vita è stipulato il Contratto di assicurazione. Le prestazioni del Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Attività elementari della vita quotidiana (ADL): è un termine utilizzato nella sanità per definire le attività quotidiane per la cura personale. Per le presenti Condizioni di Assicurazione sono tali le seguenti attività: lavarsi, vestirsi, nutrirsi, mobilità, continenza e spostarsi.

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata dall'Aderente, che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.

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

Carenza (periodo di): periodo di tempo durante il quale le garanzie del Contratto di assicurazione sono sospese e quindi non sono efficaci.

Caricamento: parte del Premio versato dall'Aderente destinata a coprire i Costi commerciali e amministrativi della Società.

Condizioni di Assicurazione: insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione.

Contratto: accordo con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio da parte dell'Aderente, si impegna a pagare una Prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Aderente.

Costi (o spese): oneri a carico dell'Aderente gravanti sui premi versati o sul capitale da liquidare.

Data di Decorrenza: momento in cui il Contratto produce i suoi effetti e le garanzie diventano efficaci, previo pagamento del Premio.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il Contratto è efficace.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società.

Età contrattuale: è l'età compiuta all'ultimo compleanno ed espressa in anni interi. Se alla Data di Decorrenza sono trascorsi dall'ultimo compleanno almeno sei mesi, l'età utilizzata è aumentata di un anno.

Invalidità totale e permanente: è la perdita totale e permanente della capacità dell'Aderente, a seguito di malattia o infortunio, indipendenti dalla volontà dell'Aderente e oggettivamente accertabili, di esercizio di qualsiasi attività lavorativa indipendentemente dalla professione svolta dall'Aderente 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%.

Perdita delle capacità mentali: è l'incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza l'assistenza continua da parte di altra persona e deriva da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica.

Periodo di differimento: è il periodo di tempo di 90 giorni che intercorre tra la data di denuncia dello Stato di non autosufficienza e la data di inizio dell'erogazione della rendita.

Premio: importo che l'Aderente corrisponde alla Società a fronte delle prestazioni assicurative.

Prestazione assicurativa: importo liquidabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società corrisponde al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Recesso: diritto dell'Aderente di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione e farne cessare gli effetti.

Rendita assicurata: è la rendita indicata in polizza, determinata in funzione del Premio versato e dell'età dell'Aderente.

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.

Stato di non autosufficienza: è lo stato dell'Aderente quando risulti incapace di svolgere, in autonomia e in modo presumibilmente permanente, almeno 4 delle 6 Attività elementari della vita quotidiana oppure gli sia stato diagnosticato il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile che causano in modo irreversibile la Perdita delle capacità mentali.



Vittoria Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 68.297.833 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.