



# Vittoria Assicurazioni

## **Contratto di Assicurazione Monoannuale di gruppo a copertura della perdita dell'autosufficienza (Tariffa 112Y)**

### **Condizioni di Assicurazione**

Il presente documento contenente:

- *Condizioni di Assicurazione;*
- *Glossario;*

deve essere consegnato alla Contraente prima della sottoscrizione della Convenzione.

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Vittoria Assicurazioni

# Condizioni di Assicurazione

## Articolo 1 – Prestazioni

Il presente contratto viene sottoscritto tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A. in forza della Convenzione sottoscritta dalle stesse. Al verificarsi degli eventi assicurati di cui al successivo art. 8 la Società garantisce, a favore dell'Assicurato il pagamento vitalizio della rendita mensile assicurata, con le modalità di cui al successivo articolo 14.

L'adesione alla presente tariffa è facoltativa per tutti gli iscritti alla F.A.B.I. - Federazione Autonoma Bancari Italiani, i coniugi/ conviventi more uxorio dell'Isritto o del Dipendente, ed i figli dell'Isritto o del Dipendente, risultanti dallo Stato di famiglia, con età pari o superiore ai 18 anni, che abbiano sottoscritto l'apposito Mandato di Adesione, e per i quali la Società abbia espresso la propria accettazione del rischio. Le condizioni necessarie per l'attivazione della copertura assicurativa a favore del singolo Isritto, sono che: alla prima adesione l'età massima assicurativa dell'Isritto/ Coniuge more uxorio/ figlio maggiorenne risultante dallo Stato di famiglia, sia pari o inferiore a 65 anni; dal primo rinnovo detta età assicurativa potrà elevarsi sino ai 79 anni dell'Assicurato. Per età assicurativa si deve intendere l'età espressa in anni compiuti eventualmente aumentata di uno se, al momento dell'adesione, sono trascorsi sei mesi o più dall'ultimo compleanno.

In caso di decesso dell'Assicurato la copertura si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Per il presente contratto non è previsto alcun diritto di riscatto.

## Articolo 2 – Entrata in vigore e durata del contratto

Il Contratto entra in vigore alla data di decorrenza della Convenzione ed ha una durata pari a quella di quest'ultima. Le singole coperture assicurative hanno una durata annuale e vengono rinnovate ad ogni anniversario della data di decorrenza del Contratto. L'efficacia del Contratto e delle singole coperture assicurative attivate nel suo ambito è subordinata al pagamento del premio di cui al successivo articolo 5.

## Articolo 3 – Facoltà di revoca della proposta

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

## Articolo 4 – Diritto di recesso dal contratto

La Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione dalla Direzione della Società con lettera raccomandata.

La conclusione del contratto si considera avvenuta quando la Contraente ha ricevuto l'elenco delle persone assicurate nella prima annualità contrattuale.

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa alla Contraente, previa consegna della Polizza, il premio eventualmente corrispostole, diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

## Articolo 5 – Premio assicurativo

Per ciascuna copertura assicurativa, per la durata di un anno, è dovuto un premio ottenuto moltiplicando la rendita mensile assicurata per il tasso di premio corrispondente alla classe

quinquennale di età cui ricade quella dell'Assicurato Nella tabella sottostante sono riportati, per ciascuno dei tre possibili importi di rendita assicurabile, il corrispondente premio dovuto.

Premio unico pro-capite					
Fasce d'età (anni dell'Assicurato)	Rendita mensile 500,0 €	Fasce d'età (anni dell'Assicurato)	Rendita mensile 1.000,0 €	Fasce d'età (anni dell'Assicurato)	Rendita mensile 1.500,0 €
18 - 25	€ 19,43	18 - 25	€ 28,85	18 - 25	€ 38,28
26 - 30	€ 20,28	26 - 30	€ 30,57	26 - 30	€ 40,85
31 - 35	€ 21,14	31 - 35	€ 32,28	31 - 35	€ 43,43
36 - 40	€ 21,14	36 - 40	€ 32,28	36 - 40	€ 43,43
41 - 45	€ 22,00	41 - 45	€ 34,00	41 - 45	€ 46,00
46 - 50	€ 26,28	46 - 50	€ 42,57	46 - 50	€ 58,85
51 - 55	€ 30,57	51 - 55	€ 51,15	51 - 55	€ 71,72
56 - 60	€ 46,00	56 - 60	€ 82,00	56 - 60	€ 118,00
61 - 65	€ 82,86	61 - 65	€ 155,72	61 - 65	€ 228,57
66 - 70	€ 160,00	66 - 70	€ 310,00	66 - 70	€ 460,00
71 - 75	€ 307,43	71 - 75	€ 604,85	71 - 75	€ 902,28
76 - 80	€ 577,43	76 - 80	€ 1.144,85	76 - 80	€ 1.712,28

Il premio è dovuto per intero. Per gli ingressi in assicurazione nel corso dell'anno verranno stabiliti dei ratei di premio per la frazione d'anno, espressa in 360esimi, relativa al periodo durante il quale la garanzia sarà operativa.

Non prima che siano trascorsi tre anni dalla sottoscrizione del Contratto o da una precedente modifica, la Società si riserva la facoltà di modificare i tassi di premio applicati alla presente polizza collettiva qualora le basi statistiche utilizzate per la determinazione dei tassi di premio dovessero evidenziare uno scostamento rispetto al reale andamento della sinistralità. In caso di revisione dei tassi di premio, la Società invierà alla Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla data di rinnovo annuale delle coperture, fatta salva la facoltà della Contraente di non accettare tali modifiche e di procedere quindi, senza alcun preavviso, alla disdetta della Convenzione.

## Articolo 6 – Riscatto

La presente assicurazione non ammette valore di riscatto.

## Articolo 7 – Dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato

La polizza è incontestabile per reticenze rese dalla Contraente e dall'Assicurato nel Mandato di Adesione e negli altri documenti salvo il caso che la verità sia stata taciuta o alterata in malafede.

## Articolo 8 – Rischi assicurati ed esclusioni

Il diritto alla prestazione si ha in caso di incapacità a svolgere almeno 4 delle attività elementari della vita quotidiana (ADL) sulle sei previste. L'Assicurato deve trovarsi nell'impossibilità fisica totale permanente, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 4 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.  
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.  
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali

protesi ortopediche; la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze non è considerata determinante.

- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi.  
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **Mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane.  
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.
- **Continenza:** Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona.  
Ciò significa che l'Assicurato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane).
- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

E' 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.

**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 o demenza senile.

**In tali casi la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari al rateo dell'ultimo premio pagato corrispondente al periodo mancata al successivo rinnovo annuale.**

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

**Le prestazioni del presente contratto non sono dovute se:**

- lo stato di non autosufficienza esisteva già al momento della sottoscrizione;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione, risulti colpito da una invalidità superiore al 50% o abbia fatto richiesta per il suo riconoscimento.
- l'Assicurato minorenne presenta una non autosufficienza di potere svolgere le citate ADL, legata dall'incapacità fisiologica data dall'età. Sono indennizzabili dunque i minori che non svolgono le attività minime previste autonomamente per patologie insorte dopo la stipula del contratto e non prevedibili al momento della stipula del contratto.

**Sono esclusi dalla garanzia per perdita dell'autosufficienza, come definita al presente articolo, 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 della Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali o dolosi;
- partecipazione attiva a guerra civile, tumulti o sommosse ed atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;

- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 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 tali casi la Società liquiderà all'Assicurato un importo pari al rateo dell'ultimo premio pagato corrispondente al periodo mancante al successivo rinnovo annuale.

## **Articolo 9 – Denuncia di sinistro**

Qualora si manifesti uno stato di non autosufficienza ai sensi dell'art. 8 delle presenti condizioni, la Contraente deve farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società.

La data di denuncia corrisponde alla data di spedizione della suddetta raccomandata; l'accertamento della Società verrà effettuato a partire da tale data.

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

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

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

L'Assicurato, su richiesta della Società, ha l'obbligo di sottoporsi, a spese della Società, a tutti gli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica ed è tenuto a fornire la documentazione sanitaria pertinente.

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

## **Articolo 10 - 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 la Contraente e l'Assicurato abbiano provveduto all'inoltro di tutta la documentazione prevista dall'art. 9 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

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.

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

In caso di controversia sull'esito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, la Contraente ha la facoltà di ricorrere al collegio medico con le modalità indicate al successivo art. 12.

## **Articolo 11 – Rivedibilità dello stato di non autosufficienza**

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

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza la Società comunica al Beneficiario e alla Contraente la sospensione della liquidazione della rendita.

In caso di controversia sull'esito della verifica dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato, o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere la decisione di un Collegio Arbitrale (art. 12).

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

## **Articolo 12 - Collegio Medico**

In caso di disaccordo sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato, o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere, entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Medico, composto da 3 medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dalla Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

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

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

I medici, ove ritengano più opportuno potranno esprimere 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.

## **Articolo 13 – Beneficiari**

Il Beneficiario della rendita è la persona assicurata.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata.

## **Articolo 14 – Pagamenti della Società**

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

In caso di variazione delle coordinate bancarie sulle quali viene effettuato il pagamento delle rate mensili di rendita, il Beneficiario dovrà comunicare le modifiche per posta o via fax alla Direzione della Società. Quest'ultima garantisce l'utilizzo di tali nuove coordinate per il pagamento delle rate di rendita aventi scadenza non anteriore ai 30 giorni successivi alla data di ricevimento di tale comunicazione.

In occasione di ogni ricorrenza anniversaria la Società dovrà ricevere da parte dell'Assicurato una autocertificazione di esistenza in vita sottoscrivendo apposita dichiarazione fattagli pervenire a tali epoche dalla medesima. La Società si riserva, oltre che il diritto agli accertamenti di cui all'art. 11, la facoltà di verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza anniversaria, richiedendo al più una volta ogni dodici mesi l'invio alla Società di un certificato di esistenza in vita.

Qualora, trascorsi 45 giorni dall'invio della richiesta di autocertificazione, senza che questa sia pervenuta alla Società, la stessa procederà all'immediata sospensione dell'erogazione della rendita.

Qualora il mancato ricevimento da parte della Società dell'autocertificazione sia dovuto a cause diverse dal decesso dell'Assicurato, il ricevimento da parte di quest'ultima di una nuova autocertificazione determina la riattivazione dell'erogazione della rendita con il pagamento delle rate eventualmente rimaste in sospeso.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla scadenza pattuita, decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

### **Art. 15 - Prescrizione**

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

### **Articolo 16 – Foro competente**

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

## Glossario

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

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

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

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

**Assicurato:** E' la persona fisica sulla cui vita è stipulato il Contratto di assicurazione.

**Attività elementari della vita quotidiana (ADL):** Sono tali le seguenti attività

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

**Beneficiari:** nel presente contratto coincide con l'Assicurato.

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

**Condizioni di Assicurazione:** Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

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

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



**Costi gravanti sul premio:** Parte del premio versato dalla Contraente destinata a coprire i costi commerciali ed amministrativi della Società.

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

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

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

**Perdita delle capacità mentali:** E' 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:** E' 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.

**Polizza:** È il documento che comprova l'esistenza del contratto. Essa è rappresentata dal simplo di polizza e dalle Appendici successive emesse sul contratto stesso.

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

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

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

**Rendita assicurata:** E' la rendita indicata in polizza.

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

**Riserva matematica:** Importo accantonato dalla Società per far fronte ai suoi obblighi contrattuali.

**Società:** È l'impresa autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa. Nel presente contratto il termine Società viene utilizzato per indicare Vittoria Assicurazioni S.p.A.

**Stato di non autosufficienza:** È lo stato dell'Assicurato 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.

Data dell'ultimo aggiornamento: 01/01/2019.