

# Vittoria Protezione Welfare Azienda

Contratto di Assicurazione  
Collettiva Monoannuale  
per il Caso di Morte  
ad adesione obbligatoria  
Tariffa 192G



## Condizioni di Assicurazione

Il presente documento contenente:

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

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta.  
Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del  
Tavolo Tecnico ANIA



**Vittoria**  
Assicurazioni

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

## Indice

<b>Glossario</b>	pag.	2
<b>Condizioni di Assicurazione</b>	pag.	5
<b>Cosa assicura e quali sono le prestazioni</b>	pag.	5
Art. 1 - Prestazioni	pag.	5
Art. 2 - Pagamento del Premio	pag.	6
Art. 3 - Costi	pag.	7
<b>Il Contratto dalla "A" alla "Z"</b>	pag.	8
Art. 4 - Sottoscrizione, Durata ed entrata in vigore del contratto	pag.	8
Art. 5 - Facoltà di Revoca della Proposta	pag.	8
Art. 6 - Diritto di Recesso dal contratto	pag.	9
Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag.	9
Art. 8 - Beneficiari e Referente Terzo	pag.	10
Art. 9 - Foro Competente	pag.	10
Art. 10 - Trasferimenti di residenza transnazionali	pag.	10
Art. 11 - Prescrizione	pag.	11
Art. 12 - Legge applicabile al contratto	pag.	11
<b>Modalità per la liquidazione delle prestazioni</b>	pag.	12
Art. 13 - Pagamenti della Società	pag.	12
<b>Norme di legge richiamate in Polizza</b>	pag.	14
<b>Mandato di Adesione</b>		

## Glossario

Per agevolare la comprensione dei termini assicurativi che con maggior frequenza ricorrono nelle presenti Condizioni di Assicurazione, di seguito si riportano quelli d'uso più comune, nel seguito utilizzati sia al singolare sia al plurale, con le relative definizioni:

### Appendice

Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

### Assicurato/Aderente

È la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione. Le prestazioni del contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

### Beneficiari

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

### Capitale assicurato

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

### Conclusione del contratto

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

### Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

### Contraente

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

### Convenzione

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

### Costi

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

### Data di decorrenza

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

### **Durata**

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

### **Evento Catastrofale**

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

### **IVASS**

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

### **Mandato di Adesione**

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

### **Polizza**

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

### **Premio**

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

### **Proposta**

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

### **Recesso**

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

### **Referente Terzo**

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

### **Revoca della Proposta**

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

### **Riduzione**

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei Premi periodici, determinata tenendo conto dei Premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti. Nel presente contratto non è prevista tale facoltà.

**Riscatto**

È la facoltà del Contraente di estinguere anticipatamente il contratto e riscuotere un importo determinato secondo quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione. Nel presente contratto non è prevista tale facoltà.

**Riserva Matematica**

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

**Società, Impresa e Compagnia**

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

**Sovrappremio**

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

Data dell'ultimo aggiornamento: 01/02/2024

## Condizioni di Assicurazione

### Cosa assicura e quali sono le prestazioni

#### Art. 1 - Prestazioni

Vittoria Protezione Welfare - Azienda (identificata come tariffa 192G) è un'assicurazione temporanea di gruppo per il caso di morte a capitale costante ed a Premio unico.

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

La presente Polizza collettiva Vita è stipulata da un Datore di lavoro in adempimento ad un obbligo derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro. Per tale motivo essa è soggetta alla Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo, e come tale è sottratta dall'applicazione delle regole unisex circa i tassi demografici. I tassi relativi agli Assicurati permangono differenziati per sesso (eccezione alla Direttiva 2004/113/CE c.d. "Gender Directive").

Tale contratto presuppone:

- un unico Contraente, una pluralità di Assicurati ed un unico contratto di assicurazione;
- la copertura di categorie di Assicurati nella loro totalità.

L'assicurazione può essere prestata a favore dei lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), dei soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, sindaci, ecc.) e dei collaboratori, attuali e futuri, delle aziende Contraenti o dei datori di lavoro associati.

Salvo diversa previsione riportata in Polizza, l'assicurazione si intende prestata esclusivamente a favore di Assicurati abitualmente domiciliati all'interno del territorio italiano.

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

#### Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato

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

#### Evento Catastrofale

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

## Esclusioni

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

E' escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- e) suicidio, se questo avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- f) AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o altra patologia ad essa collegata, se questo avviene nei primi 5 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione. Tale esclusione potrà essere annullata qualora l'Assicurato si sottoponga, al momento della sottoscrizione del presente contratto, allo specifico test anti-HIV ed il risultato dello stesso sia negativo.

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

Nel caso in cui Assicurati siano Dirigenti Industriali, ai quali viene applicato l'art. 12 del relativo CCNL, non si applica l'esclusione di cui alla lettera e) limitatamente al capitale previsto dal contratto stesso.

## Art. 2 - Pagamento del Premio

Il Premio è determinato in relazione alle garanzie prestate e al loro ammontare, all'età ed al sesso dell'Assicurato, al suo stato di salute e alle sue abitudini di vita (professione, sport praticati) come dichiarate alla Data di decorrenza.

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

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

Nel caso in cui le singole posizioni individuali abbiano copertura (Durata) inferiore all'anno, si stabiliranno dei ratei di Premio ottenuti riducendo i Premi sopra definiti in proporzione alla Durata della copertura.

Nel caso di uscite in corso di anno, non dipendenti dal decesso dell'Assicurato, verrà rimborsato al Contraente la quota parte di Premio pagata e non goduta relativa al periodo di mancata esposizione al rischio.

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

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

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



## Art. 3 - Costi

### 3.1 - Costi gravanti direttamente sul Contraente

#### 3.1.1 - Costi gravanti sul Premio

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

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

## Il Contratto dalla "A" alla "Z"

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

Il presente contratto viene stipulato in forma collettiva ossia il Contraente, sulla base di una Convenzione sottoscritta con la Società, provvede ad attivare una pluralità di coperture assicurative a favore degli Assicurati che abbiano sottoscritto l'apposito Mandato di Adesione, corredato della documentazione necessaria per l'ingresso in assicurazione, secondo le modalità e nei termini stabiliti dalla Convenzione. La copertura assicurativa, riferita a ciascun Assicurato che abbia sottoscritto il Mandato di Adesione, consiste nell'obbligo da parte della Società, al verificarsi del decesso di quest'ultimo, di corrispondere ai Beneficiari designati la prestazione assicurativa appresso specificata. La collettività assicurata è individuata secondo criteri oggettivi quali ad esempio l'essere dipendente di un'azienda; il Contraente della Polizza (ossia, nel suddetto esempio, l'azienda) versa un Premio in relazione alla prestazione assicurata per ciascuna persona iscritta in Polizza.

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

**L'età contrattuale dell'Assicurato alla decorrenza deve essere compresa tra i 18 ed i 75 anni.**

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

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

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

**Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 75 anni di età assicurativa. Al termine del periodo di copertura durante il quale l'Assicurato avrà superato tale età assicurativa, la relativa posizione individuale si estingue.**

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

### Art. 5 - Facoltà di Revoca della Proposta

Nella fase che precede la Conclusione del contratto, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la

**Proposta senza l'addebito di alcun onere.** L'esercizio della facoltà di revoca richiede da parte del Contraente apposita comunicazione scritta da far pervenire alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

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

o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC) al seguente indirizzo:

[vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it](mailto:vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it).

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

## **Art. 6 - Diritto di Recesso dal contratto**

Il Contraente ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso mediante richiesta scritta da far pervenire alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

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

o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC) al seguente indirizzo:

[vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it](mailto:vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it).

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Società rimborsa al Contraente il Premio pagato al netto della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

## **Art. 7 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

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

a) quando esiste dolo o colpa grave:

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

b) quando non esiste dolo o colpa grave:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da inviare al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il Premio versato e quello che sarebbe stato applicato se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

Il Contraente è tenuto a fornire alla Società tutte le informazioni/documenti necessari al fine dell'assolvimento degli obblighi di adeguata verifica previsti dalla normativa antiriciclaggio. Il rifiuto di fornire le informazioni/documenti richiesti e l'impossibilità ad adempiere all'obbligo di adeguata verifica comporta per la Società l'obbligo di non instaurare il rapporto continuativo o di non eseguire l'operazione

richiesta, ovvero di porre fine al rapporto continuativo già in essere e l'applicazione delle misure previste dall'art. 42 (obbligo di astensione) del D.Lgs. 231 del 2007 e s.m.i.

## **Art. 8 - Beneficiari e Referente Terzo**

Il Contraente designa, al momento della sottoscrizione del contratto, il Beneficiario. E' prevista tuttavia la facoltà per il Contraente di consentire che l'Assicurato designi il Beneficiario della propria posizione individuale e tale designazione potrà in qualsiasi momento essere revocata o modificata per iscritto (artt. 1920 e 1921 C.C.).

La dichiarazione di revoca o modifica del Beneficiario deve essere fatta a mezzo raccomandata, o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC) o disposta per testamento, purché la designazione testamentaria faccia riferimento in maniera espressa alla posizione individuale.

La comunicazione della nomina o revoca o modifica del Beneficiario in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, costituisce un atto unilaterale recettizio, che come tale, non potrà essere opposto alla Compagnia fino a che la nomina o revoca del Beneficiario non sia stata comunicata alla Compagnia medesima. Si definisce atto unilaterale recettizio qualsiasi atto che è valido ed efficace solo nel momento in cui sia giunto a conoscenza del destinatario.

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

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

In tali casi, le operazioni di Recesso, pegno o vincolo di Polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

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

## **Art. 9 - Foro Competente**

Per le eventuali controversie relative al presente contratto il Foro Competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, Assicurato se diverso dal Contraente, Beneficiario o altri aventi diritto.

## **Art. 10 - Trasferimenti di residenza transnazionali**

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

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

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

#### **Art. 11 – Prescrizione**

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal momento in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute al fondo polizze dormienti che, come richiesto dalla Legge n. 266 del 23/12/2005 (e successive modifiche e integrazioni), è stato istituito presso il Ministero delle Finanze a favore delle vittime delle frodi finanziarie.

#### **Art. 12 - Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

## Modalità per la liquidazione delle prestazioni

### Art. 13 - Pagamenti della Società

Tutti i pagamenti della Società avvengono a seguito di espressa richiesta scritta da parte del Beneficiario. Alle richieste di liquidazione a seguito di decesso dell'Assicurato, derivante anche da infortunio, devono essere allegati i seguenti documenti:

- a) certificato anagrafico di morte dell'Assicurato;
- b) relazione sanitaria del medico curante sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo fornito dalla Società ed eventuale ulteriore documentazione di carattere sanitario utile a verificare l'esattezza delle dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze che hanno influenzato la valutazione del rischio, oppure, se il decesso è conseguente ad infortunio, copia del documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- c) qualora la designazione dei Beneficiari fosse stata resa in forma generica (ad esempio il coniuge, i figli, ecc.) la documentazione idonea ad identificare tali aventi diritto;
- d) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità di ogni avente diritto;
- e) scheda di adeguata verifica della clientela di ogni avente diritto;
- f) codice iban di ogni avente diritto;
- g) decreto del giudice tutelare se uno o più aventi diritto alla liquidazione sono minorenni o incapaci;
- h) in presenza di pegno o di vincolo, atto di assenso alla richiesta sottoscritto dal creditore pignoratizio o dal vincolatario.

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

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

Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita - Via Ignazio Gardella, 2 – 20149 Milano o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC).

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

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

Qualora il Beneficiario designato non facesse parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato

e riscontri particolari difficoltà ad acquisire la predetta documentazione sanitaria potrà sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura alla Compagnia 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'Assicurato la necessità di conservare la propria documentazione medico sanitaria e renderla disponibile al Beneficiario. In ogni caso, la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del contratto e fanno quanto in loro potere per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del decesso o comunque rilevante ai fini della liquidazione della prestazione. - La richiesta di acquisire la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata e la copia autentica del testamento, se presente, risponde alla finalità di consentire una corretta individuazione degli aventi diritto alla prestazione assicurativa.

Le richieste di pagamento incomplete delle informazioni o della documentazione comporteranno tempi di liquidazione più lunghi.

## Norme di legge richiamate in Polizza

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

### **Art. 1341 - Condizioni generali di contratto**

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

### **Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore**

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

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

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

### **Art. 1920 - Assicurazione a favore di un terzo**

È valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo.

La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore, o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.

Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

### **Art. 1921 - Revoca del beneficio**

La designazione del beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del contraente, né dopo che, verificatosi



l'evento, il beneficiario ha dichiarato di voler profittare del beneficio.

Se il contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il beneficiario ha dichiarato al contraente di voler profittare del beneficio. La rinuncia del contraente e la dichiarazione del beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.

#### **Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione**

Il diritto al pagamento delle rate 1 Premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

#### **ALTRI RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Legge n. 266 del 23.12.2005 (s.m.i.) normativa sulle così dette "polizze dormienti";
- D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007 (s.m.i.) normativa antiriciclaggio;
- GDPR 679/2016 normativa relativa al trattamento dei dati personali.

Data dell'ultimo aggiornamento: 01/02/2024



POLIZZA N. \_\_\_\_\_ AGENZIA/CANALE \_\_\_\_\_ CODICE AGENZIA/CANALE \_\_\_\_\_  
 Decesso /  Invalidità  
 ASSICURATO - Cognome e Nome \_\_\_\_\_ DATA DEL SINISTRO \_\_\_\_\_

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

**1)**

Cognome e nome		Codice Fiscale/Partita Iva	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Recapito telefonico
RESIDENZA - Indirizzo	Comune	Prov.	C.A.P.

**2)**

Cognome e nome		Codice Fiscale/Partita Iva	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Recapito telefonico
RESIDENZA - Indirizzo	Comune	Prov.	C.A.P.

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

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

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

BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA/FILIALE \_\_\_\_\_

C/C INTESTATO A \_\_\_\_\_

Codice fiscale intestatario c/c : \_\_\_\_\_

paese	check	cin	abi	cab	c/c
IBAN					

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

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

Data \_\_\_\_\_ Beneficiari: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
 Firma ed eventuale Timbro dell'Azienda Firma ed eventuale Timbro dell'Azienda

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

ULTIMO PREMIO PAGATO

Generalità e Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_ Apporre timbro datario d'Agenzia/Canale \_\_\_\_\_ Data di scadenza e Data di pagamento \_\_\_\_\_

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

### Contraente

Denominazione Sociale		
Capitale da assicurare €	Data decorrenza	Importo premio €

### Assicurando

Cognome		Nome	
Codice Fiscale		Professione	
Data di nascita	Luogo di nascita		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo		Comune	C.A.P. Provincia
E-mail			

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

#### L'Assicurando dichiara:

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

L'Assicurando \_\_\_\_\_

### Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:

- A** le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando possono compromettere il diritto alla prestazione
- B** l'Assicurando verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario
- C** l'Assicurando può richiedere di essere sottoposto a visita medica, con costo a suo carico, per certificare l'effettivo stato di salute

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

### L'Assicurando dichiara che:

<p><b>1.</b> svolge una delle seguenti professione: autotrasportatore di materiale esplosivo, pirotecnico, addetto a lavori in pozzi, cave, gallerie o miniere, gas e materie velenose, palombaro, sommergebilista, paracadutista, militare che partecipa a missioni all'estero o appartenente a corpi speciali, addetti alla sicurezza pubblica appartenenti a corpi speciali, addetti alla sicurezza privata in missioni all'estero, addetti ad organi di informazione in attivita' all'estero? <i>(in caso di risposta positiva inviare il modulo in direzione unitamente al questionario relativo alla professione)</i></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2.</b> svolge una attivita' sportiva pericolosa come: alpinismo (oltre il 3° grado uiaa), sci alpinismo fuori pista, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), immersioni subacquee con autorespiratore, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, gare di automobilismo e/o motociclismo, motonautica, paracadutismo, parapendio, deltaplano e attivita' affini ? <i>(in caso di risposta positiva, inviare il modulo in direzione unitamente al questionario relativo all'attivita' sportiva)</i></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>3.</b> il suo peso espresso in chilogrammi supera di 15 la parte decimale della sua altezza espressa in metri? <i>in caso positivo compilare i campi sottostanti:</i></p> <p>3.1) indicare il valore della statura espressa in metri _____</p> <p>3.2) indicare il valore del peso espresso in chilogrammi _____</p> <p>3.3) si e' sottoposto ad esami di laboratorio per controllare l'assetto lipidico (colesterolemia, glicemia, trigliceridemia, hdl, ecc.) ? <i>(in caso di risposta positiva, inviare copia degli accertamenti effettuati)</i></p> <p>3.3.1) quali ? _____</p> <p>3.3.2) quando ? _____</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>4.</b> la sua pressione arteriosa e' superiore a 150 di massima od a 90 di minima ? <i>in caso positivo compilare i campi sottostanti:</i></p> <p>4.1) e' in terapia con antipertensivi ?</p> <p>4.1.1) da quanto tempo ? _____</p> <p>4.1.2) indicare farmaco assunto e il dosaggio giornaliero _____</p> <p>_____</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

<p>4.2) si e' sottoposto ad esami elettrocardiografici o simili ?  <i>(in caso di risposta positiva, inviare copia degli accertamenti effettuati)</i></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>5.</b> soffre o ha offerto di malattie o menomazioni psicofisiche, tali da alterare il normale buono stato di salute e per le quali sia stato ricoverato ?  <i>in caso positivo compilare i campi sottostanti:</i></p> <p>5.1) di quale malattia o menomazione psicofisica soffre ? <i>(indicare l'esatta diagnosi)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5.1.1) indicare la data di insorgenza della malattia _____</p> <p>5.1.2) indicare le date di eventuali ricoveri _____</p> <p>5.1.3) terapia seguita _____</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>6.</b> e' in trattamento farmacologico continuativo per malattie croniche ?  <i>in caso positivo compilare i campi sottostanti:</i></p> <p>6.1) indicare la malattia _____</p> <p>6.1.1) data di insorgenza _____</p> <p>6.1.2) tipo di farmaco assunto e il dosaggio giornaliero _____</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>7.</b> ha effettuato test per epatite b, c o hiv che abbiano avuto esito positivo ?  <i>in caso positivo compilare i campi sottostanti:</i></p> <p>7.1) a quale test si e' sottoposto ?  <i>(in caso di risposta positiva, inviare copia dei test effettuati ed eventuali altri accertamenti)</i></p> <p>_____</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>8.</b> e' titolare di pensione di invalidita' o sta per avviare una procedura di richiesta d'invalidita' ?  <i>in caso positivo compilare i campi sottostanti:</i></p> <p>8.1) per quale patologia e' stata riconosciuta/richiesta la pensione di invalidita' ?</p> <p>_____</p> <p>8.2) indicare l'anno di riconoscimento/richiesta di pensione di invalidita'</p> <p>_____</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

## Scheda di Adeguata Verifica della Clientela

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

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

Gentile cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge previsti dal decreto legislativo n. 231/2007 e s.m.i. in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste e l'impossibilità di completare l'adeguata verifica comporta per l'impresa l'obbligo di non instaurare il rapporto continuativo o di non eseguire l'operazione richiesta ovvero di porre fine al rapporto continuativo già in essere (Obbligo di astensione art. 42 del decreto).

Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo ai sensi e con le modalità previste dalla richiamata normativa. I diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del Reg. UE 2016/679, possono essere esercitati per i trattamenti effettuati ai sensi del D.lgs. 231/2007 limitatamente all'aggiornamento, alla rettifica e all'integrazione dei dati, rivolgendosi alla funzione aziendale indicata nell'informativa generale reperibile come sopra indicato.

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

**Codice Agenzia** \_\_\_\_\_ **Numero Polizza** \_\_\_\_\_  
**Luogo** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

### Contraente: Dati Identificativi Della Persona Fisica

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

### Titolare effettivo non identificato in quanto

\_\_\_\_\_

### Beneficiario/i caso morte non individuato/i

Descrizione \_\_\_\_\_



**Prodotto:**Codice e descrizione **192G - Vittoria Protezione Welfare - Azienda**Tipo apertura **Apertura di rapporto continuativo**Tipo Polizza **Collettiva Monoannuale per il Caso di Morte**Caratteristiche Polizza **Rapporto aperto con piano di pagamenti predefinito**Scopo prevalente del Rapporto **Protezione**Operazione **Versamento iniziale**

Importo € \_\_\_\_\_

Mezzi di Pagamento \_\_\_\_\_

Paese di Provenienza o Destinazione dei Fondi \_\_\_\_\_

Origine dei Fondi \_\_\_\_\_

Fascia di Reddito Annuo / Fatturato Annuo del Contraente \_\_\_\_\_

Polizza Collettiva per conto altrui \_\_\_\_\_

Polizza da Adesione \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione e si impegna a comunicare tempestivamente all'intermediario ogni eventuale variazione intervenuta.*

*Il sottoscritto afferma di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Contraente/Esecutore \_\_\_\_\_





PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

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

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 01/02/2024

PB0192G\_20240201 | Vittoria Protezione Welfare - Azienda

 **Vittoria**  
Assicurazioni