

Assicurazione Vita Temporanea Caso Morte

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Vittoria Assicurazioni S.p.A.

Vittoria Tutela Futuro - Doppia Protezione - Tar. 105D

Il presente documento è stato redatto in data 01/06/2024 ed è l'ultima versione disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Vittoria Assicurazioni S.p.A., con sede in via Ignazio Gardella 2 - 20149 Milano - Italia, Codice Fiscale e numero d'iscrizione 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., tel. +3902482191; sito internet: www.vittoriaassicurazioni.com; e-mail: info@vittoriaassicurazioni.it; pec: vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it

Per eventuali richieste di informazioni in merito al rapporto assicurativo è possibile compilare l'apposito form al seguente link: <https://www.vittoriaassicurazioni.com/pages/forminformazioni.aspx>.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio del 31/12/2023 il patrimonio netto dell'impresa ammonta a € 818.985.709, il capitale sociale a € 67.378.924 e le riserve patrimoniali a € 670.844.734. Sul sito internet della Società www.vittoriaassicurazioni.com nella Sezione Investor Relations al seguente link (<https://www.vittoriaassicurazioni.com/pages/DettServ.aspx?idArea=10&idCat=112&idDet=491>) è reperibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) nella quale sono riportati: il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) pari a € 670.454.187 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 1.350.788.521, il requisito patrimoniale minimo (MCR) pari a € 301.704.384 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 1.174.064.635 e l'indice di solvibilità (Solvency Ratio) pari a 201,5%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Il contratto prevede una prestazione in caso di decesso o una prestazione in caso di invalidità totale e permanente da infortunio e malattia. Alla sottoscrizione il Contraente potrà optare alternativamente per una copertura delle prestazioni a premio costante e capitale decrescente oppure una copertura a capitale crescente e premio costante il cui capitale massimo assicurabile non potrà essere superiore a 300.000,00 euro.

L'Assicurato, ferma la valutazione da parte della Società delle specifiche informazioni di carattere medico/sanitario e sportivo/professionale ad esso relative, dovrà avere un'età contrattuale compresa tra 18 e 60 anni alla Data di Decorrenza ed un'età a scadenza non superiore a 75 anni.

Prestazione in caso di decesso

A fronte del pagamento dei premi dovuti, sottoscritti sia nella forma costante che nella forma variabile, la Società si obbliga a corrispondere a favore dei Beneficiari designati, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, il capitale assicurato.

Prestazione in caso di invalidità totale e permanente da infortunio e malattia

A fronte del pagamento dei premi dovuti, sottoscritti sia nella forma costante che nella forma variabile, la Società si obbliga a corrispondere a favore dei Beneficiari designati, in caso di invalidità totale e permanente derivante da infortunio o malattia dell'Assicurato prima della scadenza del contratto, il capitale assicurato.

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 organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

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

Il Contraente ha la facoltà di scegliere tra le seguenti opzioni contrattuali:

Rendita temporanea in caso di decesso: la liquidazione del capitale pagabile in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale ed in presenza di un unico Beneficiario, potrà avvenire, su richiesta del Beneficiario stesso, esercitando l'opzione "Rendita Temporanea". Con tale opzione il Beneficiario potrà scegliere, in luogo della liquidazione del capitale, la corresponsione di una rendita mensile temporanea certa per un periodo di 5 anni. La rendita mensile è ottenuta dividendo per 60 il capitale assicurato maggiorato di un'aliquota pari al 5%. Nel caso in cui si verificasse il decesso del Beneficiario percettore della rendita durante il periodo di corresponsione della rendita temporanea, la prestazione residua, verrà liquidata in un'unica soluzione agli eredi del Beneficiario stesso.

Rendita temporanea in caso di invalidità totale e permanente: su richiesta dell'Assicurato la liquidazione del capitale pagabile in caso di riconoscimento di invalidità dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, potrà avvenire esercitando l'opzione "Rendita Temporanea". Con tale opzione l'Assicurato potrà scegliere, in luogo della liquidazione del capitale, la corresponsione di una rendita mensile temporanea certa per un periodo di 5 anni. La rendita mensile è ottenuta dividendo per 60 il capitale assicurato maggiorato di un'aliquota pari al 5%. Nel caso in cui si verificasse il decesso dell'Assicurato percettore della rendita durante il periodo di corresponsione della rendita temporanea, la prestazione residua verrà liquidata in un'unica soluzione agli eredi dell'Assicurato stesso.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 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;
- l'incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 g/l; abuso od uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- il suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione.

Limitatamente alla sola garanzia invalidità totale e permanente da infortunio e malattia vigono le seguenti esclusioni:

- svolgimento di attività sportive pericolose sia a scopo ricreativo che agonistico quali: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai (salvo, in questo ultimo caso, nelle aree appositamente attrezzate per la pratica dello sci), salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere, equitazione, sci acrobatico, bob, rugby;
- partecipazioni a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; da partecipazione a gare e corse (e relative prove) con veicoli e natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- guerra, insurrezione, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- da stato di ubriachezza, dall'abuso di alcoolici o psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, da guida di veicoli o natanti senza l'abilitazione prescritta dalle norme vigenti;
- partecipazione ad imprese temerarie, salvo in questo ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- contaminazioni nucleari, biologiche e chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- le conseguenze di malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza. Tali eventi si intendono esclusi qualora siano sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione;
- invalidità permanente conseguente a difetti fisici e malformazioni;
- le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti; le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;

- le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.



Ci sono limiti di copertura?

Qualora l'assunzione del contratto venga effettuata con la modalità "senza visita medica" vengono applicati alla copertura i seguenti Periodi di Carenza:

- se il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato avvengano entro i primi sei mesi dalla Data di Decorrenza, la Società corrisponderà in luogo del Capitale Assicurato una somma pari all'importo dei premi versati al netto delle spese indicate in Polizza. Tale limitazione non si applicherà qualora il decesso o l'invalidità totale e permanente siano conseguenza diretta di malattie infettive acute, di shock anafilattico o di infortunio;
- se il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato avvengano entro i primi cinque anni e siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale Assicurato non sarà pagato.

Qualora l'assunzione del contratto venga effettuata "con visita medica senza test HIV" ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla Data di Decorrenza, la Società corrisponderà in luogo del Capitale Assicurato una somma pari all'importo dei premi versati al netto delle spese indicate in Polizza, se:

- il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata;
- l'Assicurato si sia rifiutato di aderire, all'atto della sottoscrizione del contratto, alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di sieropositività o di malattia da HIV.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Denuncia di sinistro in caso di decesso

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) solo 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;
- d) 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;
- e) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità di ogni avente diritto;
- f) scheda di adeguata verifica della clientela di ogni avente diritto;
- g) codice iban di ogni avente diritto;
- h) decreto del giudice tutelare se uno o più aventi diritto alla liquidazione sono minorenni o incapaci;
- i) in presenza di pegno o di vincolo, atto di assenso alla richiesta sottoscritto dal creditore pignoratizio o dal vincolatario.


Cosa fare in caso di evento?


Denuncia di sinistro in caso di invalidità totale e permanente

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

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

	<p>La Società mette a disposizione di chi ne volesse fruire un modulo di richiesta, allegato alla documentazione contrattuale.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>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.</p> <p>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 dell'Economia e delle Finanze a favore delle vittime delle frodi finanziarie.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione</p> <p>La Società esegue il pagamento dovuto entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di liquidazione completa di tutta la documentazione. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, calcolati in base al saggio di interesse legale.</p> <p>Le richieste di pagamento incomplete delle informazioni o della documentazione comporteranno tempi di liquidazione più lunghi.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, del Capitale Assicurato salvo i casi di non assicurabilità dello stesso.</p> <p>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, la Compagnia stessa ha diritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> • 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; oppure • di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento; - ove non sussista dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> • di recedere dal contratto, mediante dichiarazione da inviare al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; oppure • 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.

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p>Il presente contratto non prevede il ricorso a tecniche di vendita multilevel marketing e specifici mezzi di pagamento dei premi da parte dei componenti della rete.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Il Contraente ha diritto al rimborso del Premio in caso di revoca e Recesso.</p> <p>Il decesso o l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato durante i Periodi di Carenza indicati nei limiti di copertura, determina la risoluzione del contratto e la relativa restituzione dei premi versati al netto delle spese indicate in Polizza.</p>
<p>Sconti</p>	<p>La Società, per il tramite dell'intermediario, ha la facoltà di prevedere specifiche agevolazioni finanziarie che non potranno comunque eccedere i Costi applicati a carico del Contraente. Informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
<p>Durata</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p>
<p>Sospensione</p>	<p>Il presente contratto non prevede casi specifici di sospensione delle garanzie.</p>



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Finché il contratto non è concluso, il Contraente ha sempre la facoltà di revocare la Proposta di emissione del contratto senza l'addebito di alcun onere, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata a Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita, o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC). Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della Revoca la Società rimborsa al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto.
Recesso	Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata indirizzata a Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita, o mediante mezzi di comunicazione equivalenti (PEC), contenente i seguenti elementi identificativi del contratto: numero di Polizza, nome e cognome del Contraente. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso la Società rimborsa al Contraente, il Premio da questi eventualmente corrisposto diminuito delle spese di emissione effettivamente sostenute nonché della parte di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.
Risoluzione	Trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima rata non pagata, l'assicurazione non può più essere riattivata, il contratto si intende risolto e le rate di Premio precedentemente versate restano acquisite dalla Società.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Purché non siano trascorsi più di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio rimasta insoluta, il Contraente ha la facoltà di riattivare il normale versamento dei premi con il pagamento del Premio di riattivazione. Trascorsi sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio rimasta insoluta, la riattivazione può avvenire con la corresponsione del Premio di riattivazione previa richiesta scritta del Contraente e accettazione da parte della Società. La riattivazione è comunque subordinata alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.
Richiesta di informazioni	Per ottenere informazioni sul valore di liquidazione il Contraente può rivolgersi a: Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Divisione Vita/Ufficio liquidazioni Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano tel. 02.482191 / mail: rlv@vittoriaassicurazioni.it



A chi è rivolto questo prodotto?

Trattandosi di prodotto a tutela del patrimonio e del reddito, è rivolto a coloro che desiderino cautelarsi dalle conseguenze che un'improvvisa scomparsa può arrecare ai propri familiari per garantire loro un futuro sereno, almeno sotto il profilo economico. È particolarmente adatto a chi costituisce la principale fonte di reddito all'interno del proprio ambito familiare. L'età contrattuale dell'Assicurato, ferma la valutazione da parte della Società delle specifiche informazioni di carattere medico/sanitario e sportivo/professionale ad esso relative, dovrà essere compresa tra 18 e 60 anni alla Data di Decorrenza ed un'età a scadenza non superiore a 75 anni.
Per età contrattuale dell'Assicurato si intende l'età, espressa in anni interi, compiuta all'ultimo compleanno. Qualora alla Data di Decorrenza siano trascorsi dall'ultimo compleanno sei mesi o più, l'età utilizzata per il calcolo del Capitale Assicurato (età computabile) viene aumentata di un anno.



Quali costi devo sostenere?

- Costi gravanti sul Premio

Tipologia costo	Misura	Applicazione
Spese di emissione	5,00 euro	Sul Premio al perfezionamento
Spese di incasso	1,5 euro	Su ogni rata di Premio successiva alla prima
Caricamento in cifra fissa	30,00 euro	Sul Premio (base annua) al netto delle spese di emissione/incasso
Caricamento Percentuale	25,00%	Su ogni rata di Premio al netto delle spese e del caricamento in cifra fissa

È previsto un ulteriore caricamento in funzione del Capitale Assicurato, come esplicitato in tabella:

Tipologia costo	Misura	Applicazione
Caricamento Percentuale	0,035%	Costo applicato sul capitale assicurato

Qualora il Contraente richieda il frazionamento del Premio annuo, l'importo delle rate sarà determinato applicando interessi di frazionamento in dipendenza della rateazione prescelta. Nella seguente tabella vengono indicati gli interessi di frazionamento in dipendenza della rateazione del Premio:

Rateazione	Interessi di frazionamento
Semestrale	1,00%
Trimestrale	1,50%
Mensile	2,00%

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.

- Costi gravanti sul Premio per la riattivazione

La riattivazione del contratto prevede l'applicazione, sulle rate di Premio non pagate, degli interessi calcolati al saggio di riattivazione, pari al saggio legale di interesse.

- Costi per Riscatto

Il contratto non prevede il Riscatto.

- Costi per l'erogazione della rendita

Qualora i Beneficiari delle prestazioni optassero per la Rendita temporanea, in luogo della liquidazione del capitale, non sono previsti costi per l'erogazione della rendita.

- Costi per l'esercizio delle opzioni

Non sono previsti costi per l'esercizio delle opzioni.

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al 52,43%.

- Costi dei PPI

Il contratto non è abbinato a mutui o finanziamenti, pertanto non sono previsti specifici ulteriori Costi.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Ignazio Gardella, n. 2 - 20149 Milano (fax 02/40.93.84.13 - email servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it). Il Servizio Reclami, quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni. Il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma; fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	La mediazione obbligatoria è un istituto che si avvale dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010 n.28. La richiesta di mediazione nei confronti di Vittoria Assicurazioni S.p.A. deve essere depositata presso un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Le materie in cui la mediazione risulta obbligatoria sono quelle in tema di "condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazioni, comodato, affitto di aziende, risarcimento di danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari". Nelle materie in cui esiste l'obbligatorietà della mediazione le parti dovranno necessariamente farsi assistere da un avvocato. La procedura è facoltativa per le controversie in materia di risarcimento dei danni da circolazione di veicoli o natanti.
-------------------	---

Negoziazione assistita	La parte, prima di iniziare una causa, dovrà a pena di improcedibilità tentare la negoziazione assistita, avvalendosi obbligatoriamente dell'assistenza di un avvocato iscritto all'albo.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Possono inoltre essere presentati direttamente all'IVASS, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Trattamento Fiscale dei Premi</u> I Premi relativi alle coperture vita non sono gravati da alcun tipo di imposta.</p> <p><u>Detrazione Fiscale dei Premi</u> La parte di Premio afferente al rischio morte derivante da qualsiasi causa, dà diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla Legge.</p> <p><u>Tassazione delle somme corrisposte</u> Il capitale corrisposto, a seguito di decesso dell'Assicurato, a persone fisiche non esercenti attività d'impresa è esente dall'imposta I.R.Pe.F. per la parte riconducibile alla copertura del rischio demografico. Tale parte non concorre, pertanto, alla costituzione del reddito imponibile dei suddetti Beneficiari.</p>
---	--

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA, EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

DOPO LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LE CREDENZIALI PER L'ACCESSO ALLA TUA AREA RISERVATA (HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.