

Assicurazione Malattia e Infortuni

DIP Aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Protezione Persona&Salute
Modulo Indennizzi e Rimborsi



Aggiornamento al 1 febbraio 2022
Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale della Compagnia.

Il Cliente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

INFORMAZIONI GENERALI

- a) CRÉDIT AGRICOLE ASSICURAZIONI S.p.A. – Sede legale a Milano in Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano
- b) Capitale sociale Euro 9.500.000,00 i.v. - Cod.Fisc. e numero di iscrizione al R.I. di Milano 01604810935 - Partita IVA 02886700349
- c) Società per Azioni Unipersonale, soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A. e facente parte del “Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia”
- d) Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n. 2599 del 28/03/2008 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione tenuto dall'IVASS il 28/03/2008 con n.1.00166; autorizzata ad estendere l'esercizio dell'attività assicurativa al ramo 17 - Tutela Legale con provvedimento ISVAP n. 2958 del 27/01/2012; appartenente al “Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia”, iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 057
- e) Fax: 02 88 21 83 313 - Sito Internet: www.ca-assicurazioni.it - Indirizzo Mail: info@ca-assicurazioni.it – Indirizzo PEC: info.ca-assicurazioni.legalmail.it (per informazioni di carattere generale e per ogni richiesta di informazione presentata dall'Aderente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo)

Alla chiusura dell'esercizio 2020 la Società dispone di un importo pari a 39,676 milioni di euro di fondi propri ammissibili, di cui 9,5 milioni di euro di Capitale Sociale. La percentuale di copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è pari al 175,7%.

Al link www.ca-assicurazioni.it/istituzionale/Bilanci-e-SFCR/ sono riportate le informazioni relative al bilancio ed alla relazione relativa alla solvibilità e alla condizione finanziaria.

Al contratto si applica la legge italiana

CAA_PPStim.DIPA_202202



A chi è rivolto questo prodotto?

Qualsiasi cliente del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia.



Che cosa è assicurato?

L'offerta è formata dalle tre seguenti LINEE. Perché la polizza possa essere perfezionata, deve esserne scelta una per assicurato tra:

- Diaria
- Grandi Interventi
- Interventi e Ricoveri

L'offerta si compone anche delle seguenti GARANZIE FACOLTATIVE:

- Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici
- Diaria da Ricovero e Convalescenza (escluso linea Diaria)
- Prevenzione e Cure Dentarie

Infine è possibile scegliere uno dei PACCHETTI ASSISTENZA OPZIONALI:

- Benessere
- Mamma&Papà
- Senior

LINEE E RELATIVE GARANZIE

Diaria	Diaria da Ricovero e Diaria da Convalescenza: all'assicurato viene riconosciuto un indennizzo in caso di ricovero (anche day hospital e day surgery) con o senza intervento chirurgico ed un indennizzo durante il periodo di convalescenza.
Grandi Interventi	Rimborso Spese Grandi Interventi Chirurgici -: la garanzia prevede il rimborso delle spese sanitarie che l'assicurato dovesse sostenere in caso di intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio e delle spese correlate all'intervento e sostenute prima e dopo lo stesso. Vengono rimborsate le spese relative ai soli interventi chirurgici elencati all'interno delle Condizioni di Assicurazione.
Interventi e Ricoveri	Rimborso Spese Mediche: la garanzia prevede il rimborso, fino alla concorrenza dei massimali, delle spese sanitarie rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (anche relative a ricoveri in day hospital e day surgery) e delle spese correlate al ricovero e sostenute prima e dopo lo stesso.

PRESTAZIONI SEMPRE ATTIVE	
Card e Servizi MyAssistance	La Compagnia, in collaborazione con MyAssistance, mette a disposizione degli assicurati la Card Salute nominativa per beneficiare di tariffe agevolate presso le strutture convenzionate per le prestazioni non previste dalla polizza.
Check Up	Agli assicurati di età pari o superiore a 30 anni viene erogato, una volta l'anno, il servizio di check-up che si compone di una serie di esami di laboratorio distinti in funzione del sesso dell'assicurato.
Assistenza	<p>La Compagnia offre prestazioni di assistenza a seguito di sinistro, nei limiti di copertura previsti per ogni singola prestazione.</p> <p>Riguardo le prestazioni di assistenza indicate nel DIP si aggiunge quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni di Assistenza Italia → comprende le seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> - Tele/video consulto medico telefonico - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza - Trasferimento sanitario programmato - Prelievo campioni - Consegna esiti esami - Assistenza infermieristica - Assistenza infermieristica notturna presso l'istituto di cura - Invio fisioterapista - Adeguamento abitazione in seguito a infortunio - Baby Sitter • Prestazioni di Assistenza Estero → comprende le seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> - Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato; - Trasferimento/Rimpatrio sanitario - Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela - Interprete a disposizione - Traduzione cartella clinica - Viaggio di un familiare in caso di ricovero - Rientro al domicilio dell'assicurato convalescente • Prestazioni di Teleconsulto e Videoconsulto → comprende le seguenti voci: <ul style="list-style-type: none"> - Tele/Video consultazione - Tele/Video consultazione specialistica - Prescrizione medica - Consegna farmaco

GARANZIE FACOLTATIVE che prevedono il pagamento di un prezzo aggiuntivo	
Diaria da Ricovero e Convalescenza	Non selezionabile se presente la linea Diaria. Questa garanzia riconosce all'assicurato, in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, compreso il parto e l'aborto terapeutico, una diaria. Viene altresì riconosciuta all'assicurato una diaria da convalescenza, a seguito di convalescenza successiva ad un ricovero con o senza intervento chirurgico.
Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici	La garanzia prevede il rimborso, fino a concorrenza del massimale delle spese relative ad accertamenti diagnostici e visite specialistiche e trattamenti fisioterapici.
Prevenzione e Cure Dentarie	La garanzia riconosce le spese per prevenzione e cure di 1° livello, rese necessarie da malattia o infortunio avvenuto in corso di contratto entro i limiti indicati nella specifica tabella.
PACCHETTI ASSISTENZA OPZIONALI che prevedono il pagamento di un prezzo aggiuntivo	
Benessere	Il pacchetto prevede i seguenti servizi di assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • Tele/video consulto specialistico – Ortopedico • Transfer per cure riabilitative / fisioterapiche • Reperimento di presidi medico-chirurgici • Consulenza nutrizionale • Invio di un insegnante per supporto scolastico • Supporto psicologico • Consulenza Personal Trainer
Mamma&Papà	Il pacchetto prevede i seguenti servizi di assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • Video consulto specialistico – Pediatra • Invio ostetrica al domicilio • Invio di un ginecologo al domicilio • Invio di un pediatra al domicilio • Invio puericultrice al domicilio • Invio doula al domicilio • Supporto psicologico
Senior	Il pacchetto prevede i seguenti servizi di assistenza: <ul style="list-style-type: none"> • Promemoria della terapia post ricovero • Orientamento e supporto nelle visite di controllo post-ricovero • Invio ortopedico al domicilio • invio geriatra al domicilio • Disbrigo delle quotidianità • Servizio di accompagnamento (trasferimento da e per centri di cura) • Invio spesa a casa

	<ul style="list-style-type: none"> • Invio dog sitter • Autista sostitutivo
--	---

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Pluralità di assicurati	In caso di più assicurati sarà applicato uno sconto del 20% sul prezzo minore, dal secondo assicurato fermo il limite massimo di 5 assicurati complessivi.
--------------------------------	--

**Che cosa NON è assicurato?**

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
-----------------------	---

**Ci sono limiti di copertura?**

Tutte le garanzie	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP, sono escluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le prestazioni non corredate dall'indicazione del quesito diagnostico accertato o sospetto a meno che non rientrino nella garanzia "Check Up", nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica; • le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età; • le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; • le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (salvo se previste dal modulo prescelto); • le prestazioni non effettuate da istituti di cura, centri medici o medici specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche; • le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; • le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo; • le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; • applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati: <ul style="list-style-type: none"> - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
--------------------------	---

<p>Tutte le garanzie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; • i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze; • l'interruzione volontaria della gravidanza; • le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche; • i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). • le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery; • i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio; • le lenti ed occhiali; • i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri); • le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti; • le prestazioni non specificate nelle singole garanzie. <p>Valevoli per la sola garanzia Prevenzione e Cure Dentarie, sono escluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione; • le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale; • le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche; • gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese,
---------------------------------	---

Tutte le garanzie	<p>speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> • le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico; • le estrazioni di denti decidui (da latte); • le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile. • i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca; • gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose; • gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni; • le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS; • controlli di routine e/o prevenzione, salvo quanto previsto per la Prevenzione
Assistenza	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società. • La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati. • Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente. • Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali. • Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dall'intermediario è del 30%.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Sei tenuto ad informarti sullo stato di assicurabilità degli assicurati, e solo a seguito di tale approfondito controllo potrai sottoscrivere la polizza. Situazioni di non assicurabilità non note comportano la perdita totale del diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.

Cosa fare in caso di sinistro per prestazioni diverse dall'assistenza?

Sinistro relativo alle prestazioni Diaria, Grandi Interventi, Interventi e Ricoveri, Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici e Prevenzione e Cure Dentarie

Qualora l'Assicurato decida di usufruire di **Strutture Convenzionate** - Pagamento diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere convenzionati) o del Regime Misto (avvalendosi di equipe mediche non convenzionate presso Strutture mediche convenzionate) deve chiedere specifica autorizzazione alla Centrale Organizzativa.

La preventiva attivazione della Centrale Organizzativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Pagamento Diretto, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

Qualora invece l'Assicurato decida di non avvalersi della procedura di Pagamento diretto, quindi con ricorso a **Strutture mediche non convenzionate** oppure avvalendosi di professionisti medici non convenzionati (presso Strutture mediche convenzionate) in Regime Misto, per ottenere il rimborso delle spese sostenute deve denunciare il sinistro alla Centrale Organizzativa entro 15 giorni o da quando ne ha avuto possibilità, mediante i canali di seguito riportati.

Che si tratti di **Strutture Convenzionate** o di **Strutture mediche non convenzionate**, può contattare la Compagnia dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30 ai seguenti recapiti:

- numero verde 800.088.292 (solo dal l'Italia),
- oppure da cellulare o dall'estero numero +39 02.87.31.01.99
- oppure, se non potesse telefonare, può inviare un fax al numero +39 02 00 64 0370
- oppure una e-mail a salute@ca-assicurazioni.it o una PEC a salute.ca@legalmail.it

L'Assicurato nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Cosa fare in caso di sinistro per prestazioni di assistenza?	<p>L'assicurato dovrà rivolgersi esclusivamente alla Centrale Operativa, a disposizione dal lunedì alla domenica - 24h su 24h ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero verde 800.088.292 (solo dal l'Italia), • oppure +39 02.87.31.01.99 sia dall'Italia che dall'estero • oppure, se non potesse telefonare, può inviare un fax al numero +39 02.88.21.83.358 • oppure una e-mail a ugsassistenza@ca-assicurazioni.it.
<p>Gestione da parte di altre imprese: la Compagnia si avvale del supporto delle seguenti imprese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MyAssistance S.r.l. Via Raimondo Montecuccoli 20/1- 20147 Milano, società di servizi che provvede, per conto di Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. al Pagamento Diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.; • INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti 121, costituita da: medici, tecnici, operatori, che 24 ore su 24, tutti i giorni, che provvede, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia, le prestazioni di assistenza. 	
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione del Contratto di Assicurazione ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. In particolare, dichiarazioni inesatte o reticenze, in caso di dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto, altrimenti possono consentire il recesso della Compagnia.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione necessaria e sufficiente, la Compagnia provvede entro 30 giorni al pagamento dell'Indennizzo o alla comunicazione dei motivi per i quali non può procedere in tal senso.</p>



Quando e come devo pagare?

Prezzo	<p>Il Prezzo varia in funzione dell'età dell'Assicurato. Il premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno, ma può essere frazionato in rate previo accordo fra la Compagnia e il Contraente. Il Prezzo, comprensivo di imposte può essere pagato esclusivamente mediante Addebito in Conto Corrente, oppure con carta di credito se la copertura è acquistata online.</p>
Rimborso	<p>Al manifestarsi di circostanze che rendono il soggetto non più assicurabile, la Compagnia rimborsa al Cliente, entro 45 giorni, la parte di Prezzo, al netto delle imposte già pagate e relativa al</p>

	tempo che intercorre tra il momento in cui la Compagnia ne viene a conoscenza ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Prezzo stesso.
--	---



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza prevede delle carenze in funzione delle coperture scelte ed in funzione dell'evento che ha generato il sinistro.

L'effetto della polizza è sintetizzato di seguito:

Evento Infortunio:

- dalle ore 24:00 della data di decorrenza della polizza;

Evento Malattia:

- linee obbligatorie (compreso Check Up) dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza;
- garanzie facoltative “Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici” e “Diaria da Ricovero e Convalescenza” dal 60° giorno successivo alla data di decorrenza della polizza;
- garanzia facoltativa “Prevenzione e Cure Dentarie” dal 30° giorno successivo alla data di decorrenza della polizza

Evento Parto:

- il parto: dal 270° giorno successivo alla data di decorrenza della polizza
- le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'aborto terapeutico: dal 60° giorno successivo alla data di decorrenza della polizza, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza stessa.

Durata	Il contratto ha durata di un anno e prevede il tacito rinnovo per analogo periodo. Pertanto, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un ulteriore periodo assicurativo e così successivamente.
Sospensione	Non è prevista la facoltà per il cliente di richiedere la sospensione delle garanzie di polizza.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
--	---

**Chi vende questo prodotto?**

L'intermediario è il Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?**All'impresa assicuratrice**

I reclami riguardanti il rapporto contrattuale e/o la gestione dei sinistri potranno essere inoltrati per iscritto, anche tramite comunicazione telefax o di posta elettronica, a:

CRÉDIT AGRICOLE ASSICURAZIONI S.P.A.

Ufficio Reclami

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Fax: 02 88 21 83 313

e-mail: reclami@ca-assicurazioni.it

La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami che è tenuto a fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento degli stessi.

All'IVASS

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di mancato o parziale accoglimento, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS

Servizio Tutela del Consumatore - Divisione Gestione Reclami

Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma

Fax: 06 42 133 206

Indirizzo e-mail PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it

compilando l'apposito modello, reso disponibile sul sito dell'IVASS (www.ivass.it), accedendo alla sezione "Per i Consumatori" e successivamente "Reclami", completato con:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo del reclamo;
- d) copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Per qualsiasi controversia inerente al rapporto assicurativo rimane competente l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione a fini conciliativi di cui al D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010, in quanto condizione di procedibilità della domanda giudiziale, interpellando 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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile accedendo al sito Internet http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. È fatta salva la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere ai sistemi conciliativi, ove esistenti.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

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