

Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa che realizza il prodotto Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Prodotto Mediolanum Capitale Salute



Data di realizzazione 19/05/2023. 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 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.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Compagnia di assicurazione di diritto italiano appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi – Società con unico Socio. Sede Legale e Direzione: Palazzo Meucci, Via Ennio Doris, 20079 - Basiglio (MI); tel. 02.9049.1; www.mediolanumassicurazioni.it; e-mail: info.mediolanum.assicurazioni@mediolanum.it; pec: mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it. Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22.08.74); iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione.

Con riferimento all'ultimo bilancio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti il patrimonio netto dell'impresa è di € 49.793.419,93 di cui: la parte relativa al capitale sociale è di € 25.800.000; la parte relativa alle riserve patrimoniali è di € 10.454.991,76 al netto dell'utile di esercizio.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. (<https://www.mediolanumassicurazioni.it/relazione-solvibilita-condizione-finanziaria>.)

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità è di € 49.562.758, l'importo del requisito patrimoniale minimo è di € 17.388.238, l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di € 111.708.470 ed il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è 225,39 %.

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

Rimborso delle spese sanitarie a per ricoveri ospedalieri notturni con o senza intervento chirurgico
(Garanzia Base obbligatoria)

Ricovero con, o senza, intervento chirurgico - Rimborso delle spese per onorari medici, cure, rette e accertamenti, a fronte di: assistenza medico-infermieristica; rette di degenza; intervento chirurgico; trapianto di organi; prestazioni sanitarie sul neonato nel primo mese di vita; cure e protesi dentarie in conseguenza di infortunio. Il massimale per anno è di € 500.000 nel caso di un solo Assicurato. Nel caso di più assicurati il massimale per anno è pari a € 200.000 per ciascun Assicurato, cui si aggiunge l'importo di € 300.000 per l'insieme degli assicurati presenti in polizza.

Ricovero per parto ed interventi chirurgici particolari - In caso di ricovero per parto, appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, emorroidectomia, interventi chirurgici per varici agli arti inferiori ed ernie della parete addominale: le spese per prestazioni effettuate da strutture sanitarie e medici convenzionati sono indennizzate con il sottomassimale di € 7.500 per anno e per ciascun Assicurato.

Rimborso delle spese per ricovero in Day Hospital/Surgery, cure oncologiche, spese pre e post ricovero e ricovero in regime di Servizio Sanitario Nazionale

- Garanzia Opzionale A -

Interventi chirurgici ambulatoriali e ricovero in day hospital/day surgery - Rimborso delle spese per onorari medici, cure, indagini, rette, a fronte di: assistenza medico-infermieristica; retta di degenza; intervento chirurgico.

Gli indennizzi erogati per questa garanzia entrano nel computo ai fini della capienza del massimale della Garanzia Base.

Cure Oncologiche extraospedaliere - Rimborso delle spese di cura (es. radioterapia, chemioterapia, ecc.) a fronte di: chemioterapia e terapie radianti in regime di extraricovero presso strutture sanitarie debitamente autorizzate; visite mediche specialistiche; accertamenti diagnostici; terapie farmacologiche.

Le prestazioni sono fornite con il massimale di € 10.000 per anno e/o evento.

(Garanzie Opzionali di I Livello)	- Garanzia Opzionale B - Spese Pre e Post ricovero - rimborso di onorari medici, accertamenti diagnostici ed analisi cliniche, prestazioni chirurgiche ed infermieristiche nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero, con o senza pernottamento, in istituto di cura. Le prestazioni sono fornite con un massimale di € 1.000 per evento e di 2.000 per anno (per prestazioni pre-ricovero) e € 1.500 per evento e di 2.500 euro per anno (per prestazioni post-ricovero). Ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale - Indennità giornaliera di € 150,00 con il massimo di 100 giorni per anno in caso di ricovero dell'Assicurato con pernottamento in istituto di cura a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.
<i>Per gli assicurati di età maggiore a 45 anni che abbiano attivato entrambe le Garanzie Opzionali di I Livello, è prevista la possibilità di usufruire gratuitamente di un check-up biennale di prevenzione cardio-oncologica presso una struttura sanitaria della rete convenzionata.</i>	
Rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici (Garanzie Opzionali di II Livello)	Visite mediche specialistiche (Garanzia Opzionale C) - Rimborso delle spese in caso di visita medica specialistica prescritta in seguito a malattia o infortunio. Le prestazioni sono fornite con un massimale di € 1.000 per anno. Accertamenti diagnostici (Garanzia Opzionale D) - Rimborso delle spese, in caso di accertamenti diagnostici, esami strumentali o analisi cliniche, prescritti a seguito di malattia o infortunio. Le prestazioni sono fornite con un massimale di € 2.000 per anno.
Rimborso delle spese per cure fisiokinesiterapiche, spese per lenti ed occhiali e cure odontoiatriche (Garanzie Opzionali di III Livello)	Cure fisiokinesiterapiche (Garanzia Opzionale E) - Rimborso delle spese in caso di cure fisioterapiche o kinesiterapiche, prescritte a seguito di malattia o infortunio. Le prestazioni sono fornite con un massimale di € 1.500 per anno. Spese per lenti ed occhiali (Garanzia Opzionale F) - Rimborso delle spese per l'acquisto di adeguati occhiali o delle sole lenti, comprese quelle a contatto, in caso di variazione certificata del visus. Le prestazioni sono fornite con un massimale di € 500 per anno. Cure odontoiatriche (Garanzia Opzionale G) - Rimborso delle spese per cure odontoiatriche con il massimale di € 2.500 per anno.
Assistenza (garanzia obbligatoria)	Prestazioni offerte dalla Struttura Organizzativa di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., attiva 24/7, fino a tre volte per ciascun tipo: consulenza medica telefonica; invio di medico a domicilio in Italia; trasferimento sanitario programmato in Italia; monitoraggio del ricovero ospedaliero; traduzione cartella clinica; rientro sanitario; rientro con familiare; trasporto della salma; assistenza ai minori di anni 14; assistenza ai familiari assicurati; viaggio di un familiare; autista a disposizione; invio di medicinali all'estero; informazioni di medicina tropicale; assistenza infermieristica o fisioterapia post-ricovero; invio operatore socio-sanitario; consegna farmaci presso l'abitazione; assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti; invio baby-sitter; invio collaboratrice familiare; servizio spesa a casa; custodia animali.
L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali contrattualmente previsti.	
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
Formula tariffaria "Vita Intera"	Può essere scelta per: - Garanzia Base - L'Assicurato può personalizzare il premio da corrispondere annualmente per tutta la vita. Tale premio è calcolato sulla base della specifica tariffa di polizza dedicata, è relativo all'età dell'Assicurato al momento della stipulazione dell'assicurazione e rimane lo stesso per tutti i rinnovi annuali successivi indipendentemente quindi dal crescere dell'età. La facoltà di usufruire delle prestazioni della polizza per tutta la vita decorre trascorsi due anni dalla sottoscrizione del contratto, solo per gli Assicurati che abbiano effettuato la scelta della formula "Vita Intera" al momento della stipulazione del contratto. - Garanzie Opzionali di I livello - seguono la formula tariffaria scelta per la Garanzia Base; - Garanzie Opzionali di II e III livello - la formula scelta per il II livello determina automaticamente quella del III livello.

Formula tariffaria "Variabile per Età"	Può essere scelta per: - Garanzia Base; - Garanzie Opzionali di I livello; - Garanzie Opzionali di II e III livello; L'Assicurato può personalizzare il premio da corrispondere annualmente, calcolato sulla base della specifica tariffa di polizza dedicata. Tale premio è quello relativo all'età compiuta dall'Assicurato al momento della stipulazione dell'assicurazione o del rinnovo annuale della stessa fino al raggiungimento del 75° anno di età. La scelta di questa formula tariffaria per la Garanzia Base è vincolante per tutte le Garanzie Opzionali.
---	---

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono escluse le prestazioni richieste dall'assicurato se non si è verificato un infortunio o una malattia. Relativamente ai servizi di Assistenza, invece, sono escluse le prestazioni che non rivestono carattere di urgenza e/o difficoltà. L'assicurazione non opera per le Garanzie Opzionali non acquistate.

 Ci sono limiti di copertura?	
Garanzia base e Garanzie Opzionali di I, II e III livello	Per tutte le garanzie - Non sono assicurabili: infortuni derivanti da sport aerei (compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti; acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici nonché di mezzi ausiliari a sostegno di handicap; i trattamenti aventi finalità estetica; prestazioni e terapie con finalità dimagrante, omeopatiche e fitoterapiche, nonché quelle non riconosciute dalla medicina ufficiale; prestazioni e terapie relative alla fecondità, sterilità e impotenza; interruzioni volontarie di gravidanza (Legge 194/78); conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo; conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche; conseguenze di guerre, insurrezioni e atti terroristici, nonché di tumulti popolari cui l'Assicurato abbia preso parte attiva. Ad eccezione della copertura per Cure Oncologiche extraospedaliere (Garanzia Opzionale A), per la quale non è previsto uno scoperto/franchigia, le garanzie operano prevedendo i seguenti scoperti: - Ricovero con, o senza, intervento chirurgico (Garanzia Base): scoperto del 25% (minimo € 250, massimo € 5.000) se ci si avvale di una struttura sanitaria non convenzionata; - Ricovero per parto ed interventi chirurgici particolari (Garanzia Base): scoperto del 25% (minimo € 250, massimo € 750) se ci si avvale di una struttura sanitaria non convenzionata; - Interventi chirurgici ambulatoriali e ricovero in day hospital/day surgery (Garanzia Opzionale A): scoperto del 25% (minimo € 250, massimo € 5.000) se ci si avvale di una struttura sanitaria non convenzionata; - Spese Pre e Post ricovero (Garanzia Opzionale B): scoperto del 25% (minimo € 50) se ci si avvale di una struttura sanitaria non convenzionata; - Ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale (Garanzia Opzionale B): la diaria e il limite massimo temporale sono ridotti della metà per ricovero senza pernottamento; - Visite mediche specialistiche (Garanzia Opzionale C): scoperto del 25% per singola prestazione (minimo € 50) se ci si avvale di una struttura sanitaria non convenzionata; - Accertamenti diagnostici (Garanzia Opzionale D): scoperto del 25% per singola prestazione (minimo € 50) se ci si avvale di una struttura sanitaria non convenzionata; - Cure fisiokinesiterapiche (Garanzia Opzionale E): scoperto del 25% per singola prestazione corrispondente ad un ciclo di 10 trattamenti (minimo € 50); - Spese per lenti ed occhiali (Garanzia Opzionale F): scoperto del 25% (minimo € 50); - Cure odontoiatriche (Garanzia Opzionale G): scoperto del 25% per singola prestazione (minimo € 50) se ci si avvale di una struttura non convenzionata.
Garanzia Assistenza	Ciascun servizio specifico è garantito per un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo. Per il servizio Trasferimento sanitario programmato in Italia è previsto il limite di 200 km per tragitto di andata e ritorno per sinistro. I seguenti servizi saranno prestati unicamente se gli eventi si verificano quando l'Assicurato si trovi a distanza di oltre 50 km dal proprio comune di residenza: rientro sanitario, rientro con familiare; trasporto della salma; assistenza ai minori di anni 14; assistenza ai familiari assicurati; viaggio di un familiare; autista a disposizione; invio di medicinali all'estero.

	In relazione ai servizi Invio medicinali all'estero e Consegna farmaci presso l'abitazione, la Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. I servizi Assistenza infermieristica o fisioterapica post-ricovero, Invio operatore socio-sanitario, Invio baby-sitter ed Invio collaboratrice familiare, sono prestati unicamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.
--	---

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Come indicato nel DIP Danni, in caso di sinistro riguardante malattia/infortunio è necessario prendere contatto con la struttura organizzativa di AON S.p.A., contattando il numero verde 800.900.601 (dall'estero +3902.8723.2362) disponibile nei giorni feriali dalle ore 9:00 alle ore 18:00 dedicato al servizio ONE Care o collegandosi al portale www.onecare.aon.it, accessibile anche attraverso il c.d. Servizio di Home Insurance reso disponibile dalla Compagnia, inserendo le informazioni richieste dal sistema. In caso di sinistro che richieda invece una prestazione di assistenza è necessario prendere contatto con la struttura organizzativa di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., contattando il numero verde 800.900.601 (dall'estero +3902.2412.8876). Assistenza diretta/in convenzione: le prestazioni relative a infortuni/malattia sono fornite per il tramite di AON S.p.A., mentre i servizi di assistenza sono erogati per il tramite della Struttura Organizzativa di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.. Gestione da parte di altre imprese: i sinistri di assistenza sono gestiti dalla Struttura Organizzativa di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.. Prescrizione: Ogni diritto derivante dal contratto di assicurazione si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Come indicato nel DIP Danni, il contraente e l'assicurato sono tenuti a fornire informazioni esatte e non reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia pena la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa, nonché la cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	La Compagnia si impegna a liquidare il sinistro entro il termine massimo di 20 giorni dalla ricezione della relativa denuncia corredata della documentazione completa, salvo sospensione del predetto termine, che sarà prontamente comunicata all'Assicurato, laddove la natura del sinistro comporti la necessità di ulteriori accertamenti.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Solo per i correntisti di Banca Mediolanum in caso di frazionamento mensile, che non prevede oneri aggiuntivi, è prevista la facoltà di corrispondere le prime 12 mensilità in un'unica soluzione al momento della sottoscrizione del contratto. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni di cui alla legge n. 1216 del 29/10/1961 e successive modificazioni ed integrazioni. In particolare, ai premi è applicata l'imposta nella misura del 2,5% per le garanzie malattia e infortuni e del 10% per l'assistenza. Il premio è soggetto, in occasione di ogni scadenza annuale, a rivalutazione secondo la variazione percentuale dell'“Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività” per la divisione di spesa “Servizi sanitari e spese per la salute”, pubblicato dall'ISTAT, riferita al mese di settembre. Inoltre, la Compagnia si riserva la facoltà di modificare, ad intervalli non inferiori a due anni, i premi delle garanzie attivate in polizza, qualora i riscontri statistici globali evidenzino costi medi o frequenze di ricorso alle prestazioni sanitarie significativamente diversi dalle Basi Tecniche utilizzate per il calcolo delle tariffe. Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio successive al primo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento. Qualora il pagamento del premio o della rata di premio non venga effettuato entro il 150° giorno successivo a quello dell'ultima scadenza, l'assicurazione si intende cessata a tutti gli effetti. Inoltre, la Compagnia può applicare sconti di premio alle sottoscrizioni effettuate da: dipendenti o collaboratori continuativi della Compagnia; dipendenti, Consulenti Finanziari abilitati all'offerta fuori sede o collaboratori continuativi di Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del Gruppo Mediolanum. Tali condizioni verranno altresì applicate nei confronti dei rispettivi coniugi e parenti in linea retta e in linea collaterale ed affini entro il secondo grado.

	La Compagnia o il Distributore, quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono infine applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.
Rimborso	L'eventuale incasso da parte della Compagnia dei premi scaduti successivamente al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età dell'Assicurato, dà diritto al contraente, se scelta la formula Variabile per Età, di richiederne la restituzione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'assicurazione ha durata annuale e viene prorogata tacitamente alla scadenza per un'ulteriore annualità, e così successivamente, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. La copertura termina in ogni caso, se scelta la formula Variabile per Età, nell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato compie il 75° anno. Nel caso in cui il contratto sia stato concluso a distanza e qualora il Contraente abbia richiesto, contestualmente alla sottoscrizione della Proposta di Polizza, mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del contratto abbia inizio solo decorso il periodo di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, l'efficacia del contratto è sospesa. Pertanto, la decorrenza della copertura assicurativa coinciderà con le ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo alla conclusione del contratto.
Sospensione	Non è prevista per il Contraente la possibilità di sospendere le garanzie. Resta in ogni caso fermo quanto specificato con riguardo alle ipotesi di mancato pagamento dei premi successivi al primo o delle rate successive di premio.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la clausola di ripensamento. La Compagnia non si avvale del diritto di recesso, ma è facoltà delle Parti concludere il contratto alla scadenza annuale della polizza mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della stessa. Se l'assicurazione è stipulata nella formula "Vita Intera", la Compagnia rinuncia alla facoltà di disdetta trascorsi due anni dalla data di effetto del contratto. Il Contraente ha inoltre facoltà di disdetta in occasione di ogni sinistro dandone preventiva comunicazione scritta alla Compagnia mediante lettera raccomandata fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo. Se il contratto è concluso a distanza, in conformità a quanto previsto dall'Art. 67-duodecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), il Contraente può recedere senza penali entro 14 giorni, decorrenti dalla data di sottoscrizione della Proposta di Polizza con le medesime modalità sopra descritte. Qualora il Contraente abbia richiesto l'avvio dell'esecuzione del contratto, la Compagnia avrà diritto a trattenere la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto. Nell'ipotesi in cui il Contraente abbia richiesto, contestualmente alla conclusione del contratto, mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del contratto abbia inizio solo decorso il termine di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, la Compagnia rimborserà l'intero premio versato a fronte del recesso.
Risoluzione	Non è prevista per il Contraente la facoltà di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto può essere adatto a clienti che vogliano tutelare sé stessi e/o il proprio nucleo familiare nel caso di eventi che interessino la salute dei beneficiari, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie - presso strutture private e/o convenzionate con SSN - e garantirsi un massimale per il rimborso delle spese mediche sostenute in Italia o all'estero.

Per le garanzie stipulate nella formula VARIABILE PER ETÀ, sono assicurabili le persone di età non superiore ai 70 anni compiuti e la copertura termina nell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato compie il 75° anno. Per le garanzie stipulate nella formula VITA INTERA, sono assicurabili le persone di età compresa tra 3 e 70 anni e la durata della copertura coincide con la vita dell'Assicurato. **La qualifica di primo Assicurato non può essere attribuita a persone minorenni.**



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita dall'intermediario con riferimento al flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 27,5%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami di pertinenza di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. dovranno essere indirizzati a: Mediolanum Assicurazioni S.p.A., Ufficio Reclami, via Ennio Doris - Palazzo Meucci - Milano 3 - 20079 Basiglio (MI), anche trasmessi via fax al numero 02/9049.2649 o via e-mail all'indirizzo ufficioreclami@mediolanum.it oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata ufficioreclami@pec.mediolanum.it . La Compagnia fornisce riscontro al reclamante entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	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	Qualora insorgano controversie sulla natura del sinistro o quantificazione dell'indennizzo, la decisione può essere demandata all'arbitrato di tre medici, nominati uno per parte (che ne sostiene le relative spese) e il terzo (le cui spese sono sostenute per metà da ciascuna parte) di comune accordo da questi; l'arbitrato si svolge nell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

AVVERTENZA

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.

AVVERTENZA

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.