

Assicurazione Salute

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

Impresa: Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "WSalute di Alleanza"

Edizione: 09/2021



Il presente DIP Aggiuntivo Danni 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 dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Alleanza Assicurazioni S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali; la sede legale è in Piazza Tre Torri, 1 – 20145 Milano (MI) - ITALIA; recapito telefonico: +39 02 40824111; sito internet: www.alleanza.it; indirizzo di posta elettronica: tutelaclienti@alleanza.it; indirizzo PEC: alleanza@pec.alleanza.it

L'Impresa è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS prot. n. 51-13-000294 e 51-13-000295 dell'17/09/2013 ed è iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00178.

Patrimonio netto al 31/12/2020: € 2.767.947.691 di cui € 210.000.000 relativi al capitale sociale e € 2.557.947.691 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.alleanza.it.

Requisito patrimoniale di solvibilità: € 1.963.793.644.

Requisito patrimoniale minimo: € 883.707.140.

Fondi propri ammissibili: € 5.198.826.367.

Indice di solvibilità (solvency ratio): 265% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Soluzione 1: CURE MEDICHE

Prestazioni

Ricovero con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e Parto Cesareo

Alleanza assicura, sino alla concorrenza del massimale, il pagamento in forma diretta delle seguenti spese:

- **Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Esami di laboratorio nei 90 giorni che precedono il ricovero.**
Alleanza prende in carico i costi solamente se il ricovero è già stato programmato e autorizzato dalla Centrale Operativa.
- **Durante il ricovero con intervento chirurgico:**
 - Retta di degenza;
 - Onorari dell'équipe chirurgica convenzionata;
 - Diritti di sala operatoria;
 - Materiali di intervento;
 - Medicinali;
 - Strumenti ad alto costo;
 - Utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
 - Protesi anatomiche fisse e non rimuovibili di articolazioni maggiori;
 - Cure, assistenza medica, ostetrica e infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici;
 - In caso di parto cesareo, sono comprese le spese necessarie per interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni del neonato, entro le dimissioni del neonato per un massimo di € 10.000.
- **Durante il ricovero senza intervento chirurgico:**
 - Retta di degenza;
 - Medicinali;
 - Cure, assistenza medica e infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici.

• **Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Esami di laboratorio nei 120 giorni dopo il ricovero.**

Prestazioni Diagnostiche ad Alta Specializzazione

Alleanza assicura, sino alla concorrenza del massimale, il pagamento in forma diretta del costo delle seguenti **prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione** effettuate presso una struttura del Network Sanitario Welion.

1. Agoaspirato (inclusi esami istologici) 2. Angiografia 3. Angioscopia del segmento anteriore dell'occhio 4. Arteriografia 5. Biopsia (inclusi esami istologici) 6. Cavografia inferiore o superiore 7. Colposcopia 8. Esame urodinamico 9. Elettroretinografia 10. Elettroretinogramma 11. Endoscopie 12. Flebografia 13. Fluorangiografia 14. Fluorangiografia 15. Linfografia 16. Manometria 17. Orbitotonomeria	18. PET - Tomografia ad emissione di positroni 19. PH - impedenzometria esofagea 20. Retinografia 21. Retinoscopia 22. Faringo-laringoscopia diagnostica a fibre ottiche 23. Rinolaringoscopia 24. Rinomanometria 25. Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) 26. Scintigrafia SPET 27. Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo 28. Teletermografia 29. Test di diffusione 30. Tomografia a coerenza ottica - Angio OCT 31. Tonografia e test di provocazione 32. Tonometria 33. Topografia corneale 34. Uroflussometria
--	---

Assistenza

Trasporto

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Care Manager

Il percorso di consulenza del Care Manager prevede:

1. valutazione delle condizioni socio-sanitarie da remoto o a domicilio (nei casi più complessi);
2. eventuale orientamento sui servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dagli enti pubblici;
3. definizione del piano di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**.

Il piano di Assistenza Domiciliare Integrata, prevede uno o più servizi tra quelli sotto riportati:

- Servizi Sanitari presso l'abitazione
- Servizi non sanitari
- Servizi Socio-Assistenziali

Ciascun servizio viene attivato esclusivamente se il Care Manager ne accerta la necessità a seguito della valutazione delle condizioni socio-sanitarie dell'Assicurato.

Servizi connessi

Consulenza medica telefonica h24 (Teleconsulto)

L'Assicurato può usufruire, tramite la Centrale Operativa, di un servizio di consulenza medica telefonico che fornisce:

- Consulenza medica di Medicina Generale e Pediatria
- Informazioni su farmaci
- Informazioni medico sanitarie su vaccinazioni
- Informazioni sanitarie in merito a strutture sanitarie pubbliche e private, aspetti di carattere amministrativo e burocratico dell'attività sanitaria, centri medici specializzati in particolari patologie in Italia.

Second Opinion

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Mini Check up di prevenzione

L'Assicurato di età superiore ai 18 anni può usufruire di un Mini Check-up di prevenzione a scelta tra quelli previsti nelle sezioni Per Lei, Per Lui e Per Tutti.

Mini Check up di prevenzione Per Lei

Prevenzione Ginecologica: Visita specialistica ginecologica, Pap Test

Prevenzione senologica 1: Mammografia bilaterale

Prevenzione Senologica 2: Ecografia mammaria

Mini Check up di prevenzione Per Lui

Prevenzione Urologica: Visita Specialistica urologica con ecografia prostatica

Prevenzione Andrologica: Visita Specialistica andrologica con ecografia scrotale

Mini Check up di prevenzione Per Tutti

Prevenzione patologie polmonari: Visita specialistica pneumologica, Spirometria

Prevenzione cardiologica: Visita cardiologica, Elettrocardiogramma

Prevenzione osteoporosi: Visita specialistica fisiatrica o ortopedica o reumatologica, MOC

Prevenzione otorinolaringoiatrica: Visita specialistica otorinolaringoiatrica, Esame audiometrico

Prevenzione vascolare: Visita angiologica o chirurgia vascolare, Doppler venoso arti inferiori o superiori

Prevenzione oftalmica: Visita specialistica oculistica, Studio fundus oculi, Tono oculare, Misurazione del visus

Prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche - WSalute di Alleanza Card

L'Assicurato può prenotare presso il Network Sanitario Welion, ad un prezzo scontato, visite specialistiche e/o tutte le prestazioni per le quali non è previsto il pagamento diretto da parte di Alleanza.

Soluzione 2: CURE DENTARIE

Prestazioni

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Servizi connessi

L'Assicurato può effettuare prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate presso gli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Soluzione 1: CURE MEDICHE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Soluzione 2: CURE DENTARIE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Alleanza non assicura:

persone di età pari o superiore a 18 anni che presentano almeno una o più delle seguenti condizioni: a) hanno un indice di massa corporea (BMI) inferiore o uguale a 16,5 ovvero superiore o uguale a 40; b) hanno un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 30 e 39 e assumono quotidianamente farmaci per il cuore; c) hanno un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 30 e 39 e almeno due risposte positive (SI) alle domande del Questionario Sanitario; d) o fumano o hanno fumato negli ultimi due anni più di 20 sigarette al giorno oppure sigarette elettroniche da meno di due anni e assumono quotidianamente due o più farmaci per l'ipertensione; e/o almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); e/o almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia); e) rispondono positivamente (SI) ad almeno tre domande del Questionario Sanitario; f) hanno un'eszensione per patologia cronica superiore al 46% e assumono quotidianamente due o più farmaci per l'ipertensione; e/o almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); e/o almeno un farmaco per la cura del diabete; e/o almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia); g) hanno ricevuto una diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto nei 10 anni precedenti la sottoscrizione della polizza e assumono quotidianamente due o più farmaci per l'ipertensione; e/o almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); e/o almeno un farmaco per la cura del diabete; e/o almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia).

Soluzione 1: CURE MEDICHE

Alleanza non accoglie le richieste di presa in carico diretta nei casi di:

a) conseguenze dirette di Infortuni, malattie, stati patologici preesistenti, conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della proposta;

b) interventi per eliminare o correggere malformazioni o difetti fisici preesistenti, conosciuti e/o diagnosticati alla sottoscrizione della proposta. La deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi nella copertura solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso e di esame radiografico che attesta la frattura delle ossa nasali;

c) prestazioni per malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;

d) prestazioni per malattie neurodegenerative indicate nella classificazione ICD-10 (come ad esempio: malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, SLA);

e) ricoveri e Day Hospital durante i quali sono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;

f) interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale;

g) interventi prescritti in regime di Day Surgery che per loro natura possono essere effettuati in regime ambulatoriale;

h) interventi, compresi nell'elenco sottostante, indipendentemente dal regime di ricovero: 1. facoemulsificazione ed asportazione di cataratta e di impianto di cristallino artificiale (IOL – neutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica chirurgica); 2. riparazione di ernia ombelicale o inguinale semplice, comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica); 3. asportazione delle emorroidi (qualsiasi tecnica chirurgica); 4. legatura delle emorroidi; 5. sindromi canalicolari, trattamento completo (tunnel carpale, Sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc); 6. circoncisione per fimosi/parafimosi comprensiva di frenuloplastica; 7. raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico; trattamento chirurgico del dito a martello; 8. trattamento chirurgico del dito a scatto; laser ad eccimeri – Lasik, Lasek, PRK, Epilasik e consimili.

i) parto naturale

j) prestazioni finalizzate al trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e comunque quelle relative alla fecondazione assistita e artificiale e alla contraccezione, interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;

k) eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);

l) prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie e/o testicolari si indennizza anche l'intervento di mantenimento della simmetria controlaterale solo ed esclusivamente nel corso della prima protesizzazione;

m) protesi dentarie ed ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi protesici e di implantologia, salvo quelli causati da traumi e infortunio documentati da certificato di Pronto Soccorso;

n) reimpianti di arti superiori o inferiori e/o sostituzione di articolazioni maggiori, successiva alla prima;

o) prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità Internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

p) stati vegetativi o ricoveri per lunga degenza;

q) prestazioni connesse a disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e/o di chirurgia bariatrica finalizzate alla cura dell'obesità;

r) prestazioni mediche (compresa la psicoterapia), e chirurgiche legate ai disturbi dell'identità sessuale;

s) prestazioni a scopo preventivo (esempio prevenzione delle patologie familiari) e di chirurgia preventiva, rimozione profilattica, comprese quelle a seguito di mutazione genetica;

t) trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, riflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;

u) ricoveri (con o senza intervento) e/o prestazioni diagnostiche successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della garanzia, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante la validità della garanzia;

v) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, anche su se stesso, tentato suicidio;

w) abuso di psicofarmaci o farmaci, uso di sostanze stupefacenti e allucinogene, stato di ebbrezza determinato dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore, 0,4 grammi/litro;

x) Infortuni, malattie, stati patologici causati:

da pratica di qualsiasi attività sportiva professionale ossia un'attività sportiva retribuita svolta nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato oppure autonomo, in via continuativa e/o prevalente rispetto ad ogni altra occupazione;

dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è in possesso di regolare abilitazione a norma delle disposizioni vigenti. È tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente idonea, ma scaduta da non più di tre mesi;

da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atti

terroristici o di guerra, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale; da terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;

da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;

y) prestazioni per le quali l'assicurato non fornisce documentazione medica esaustiva ai fini della valutazione della copertura.

Soluzione 2: CURE DENTARIE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro:</p> <p>Per l'attivazione di tutte le prestazioni e i servizi, tu o l'Assicurato, potete contattare la Centrale Operativa di Welion o la Struttura Organizzativa di Europ Assistance ai seguenti recapiti:</p> <p style="text-align: center;">Numero Verde 800.387.590 - per chiamate dall'Italia</p> <p style="text-align: center;">Numero 02.82954678 - per chiamate dall'estero</p> <p>In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito www.alleanza.it.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione:</p> <p>Le prestazioni previste dalla polizza sono erogate esclusivamente attraverso le strutture del Network Sanitario Welion e dagli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion con presa in carico diretta delle spese da parte di Alleanza.</p> <p>La gestione sinistri relativi alle prestazioni con presa in carico diretta è affidata GENERALI WELION S.C.A.R.L.</p> <p>La gestione servizi è affidata GENERALI WELION S.C.A.R.L.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese:</p> <p>La gestione dei sinistri Assistenza è affidata a Europ Assistance VAI S.p.A. via Crema n.34, 20135 Milano.</p>
	<p>Prescrizione:</p> <p>I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	<p>Soluzione 1: CURE MEDICHE</p> <p><u>Ricovero con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e Parto Cesareo</u></p> <p>La Centrale Operativa, solo dopo aver ricevuto la documentazione completa, entro 3 giorni lavorativi, comunica all'Assicurato l'esito della pratica.</p> <p><u>Prestazioni Diagnostiche ad Alta Specializzazione</u></p> <p>La Centrale Operativa, solo dopo aver ricevuto la documentazione completa, entro 2 giorni lavorativi, comunica all'Assicurato l'esito della pratica.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non sono presenti meccanismi di indicizzazione e adeguamento del premio.
Rimborso	<p>Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, in caso di esercizio del diritto di ripensamento da parte del Contraente, Alleanza rimborsa il premio versato, al netto delle spese di emissione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.</p> <p>In caso di recesso per sinistro effettuato dal Contraente, Alleanza rimborserà entro 45 dalla cessazione dell'assicurazione, il rateo di premio imponibile pagato e non goduto.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>In relazione alle prestazioni in presa in carico diretta, la copertura assicurativa è valida a partire dalle ore 24.00:</p> <ul style="list-style-type: none"> della data di effetto del contratto per gli eventi conseguenti a infortunio e ad aborto post-traumatico;
---------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per gli eventi conseguenti a malattia e ad aborto spontaneo e terapeutico; • del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per eventi conseguenti a malattia che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche o malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione; • del 300° giorno successivo al quello di effetto del contratto per il parto cesareo.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Trascorso il periodo di irrevocabilità di 15 giorni dalla data di sottoscrizione della proposta, il Contraente, fintanto che il contratto non è ancora concluso, ha la facoltà di revocare la proposta stessa dandone comunicazione scritta ad Alleanza.</p> <p>Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto, inviando una comunicazione scritta all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede legale di Alleanza.</p>
Risoluzione	<p>A seguito della denuncia di ogni sinistro, effettuata a termini di polizza nell'ambito della durata del contratto, il Contraente può recedere dal contratto entro il 60° giorno successivo al rifiuto della presa in carico diretta.</p> <p>Il Contraente può recedere dal contratto a ogni scadenza annuale, senza costi e con preavviso di 30 giorni.</p>

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche, di età compresa tra 0 e 65 anni, che hanno espresso il bisogno di cura della persona e assistenza.

Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari percepiscono in media il 23% del premio imponibile versato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con lettera inviata a Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Tutela Clienti - Piazza Tre Torri, 1 – 20145 Milano; • Tramite il sito internet della Compagnia www.alleanza.it, nella sezione Reclami; • Via mail all'indirizzo tutelaclienti@alleanza.it <p>La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Clienti.</p> <p>Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori.</p>
All'IVASS	<p>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.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori - Reclami".</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 di lamentela; d) Copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito; e) Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile 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 9/6/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa

**Altri sistemi
alternativi di
risoluzione delle
controversie**

In caso di controversia tra le parti è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale. L'arbitrato avrà luogo nel comune, sede di 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 attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index.en.htm).

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.

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.