

Polizza salute



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

Compagnia: Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.
Prodotto: Proteggi Salute

Data di aggiornamento 01/10/2020. 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 dell'impresa.

La polizza può essere sottoscritta esclusivamente da chi è titolare di un conto corrente presso una delle Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo. Le garanzie vengono prestate a favore tuo (Contraente) e delle persone del tuo nucleo familiare che hai indicato come "persona assicurata" sul modulo di polizza.

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

L'impresa di assicurazione - denominata nel seguito "Compagnia" - è Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., Società del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Sede Legale: Corso Inghilterra, n. 3, 10138, Torino, Italia.

Direzione Generale: Via San Francesco d'Assisi n.10, 10122, Torino, Italia.

Telefono: +39 011 5554015 sito internet: www.intesasanpaoloassicura.com

e-mail: servizioclienti@pec.intesasanpaoloassicura.com; PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaoloassicura.com.

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con i provvedimenti ISVAP n. 340 del 30/09/96 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 236 dell'8/10/96 e n. 2446 del 21/07/06 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 185 del 10/08/2006. È iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125.

In base all'ultimo bilancio d'esercizio disponibile, redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, Intesa Sanpaolo Assicura dispone della seguente situazione patrimoniale:

Patrimonio netto: 404,76 Mln €	
Di cui Capitale sociale : 27,91 Mln €	Di cui Riserve patrimoniali : 376,85 Mln €

Per informazioni più approfondite sulla società consulta la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito al seguente link: www.intesasanpaoloassicura.com/la-nostra-societa. Di seguito un dettaglio dei principali dati presenti nella relazione:

Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)	Requisito patrimoniale minimo (MCR)	Fondi propri ammissibili per copertura del SCR	Fondi propri ammissibili per copertura del MCR	Indice di solvibilità (solvency ratio)
230 Mln €	103,5 Mln €	571 Mln €	571 Mln €	248%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Garanzie Standard

L'assicurazione comprende il rimborso:

- ✓ delle spese, in caso di trapianto, per l'espanto e il trasporto degli organi o parte di essi; nonché, in caso di donazione tra viventi, delle spese per il ricovero del donatore (anche se l'Assicurato è il donatore) e per i connessi accertamenti di compatibilità
- ✓ delle spese sostenute relativamente alla dialisi effettuata presso strutture private o con intervento di medici privati
- ✓ delle spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero a causa degli eventi descritti ai punti precedenti

- ✓ delle spese per le cure o interventi in caso di malattia da gravidanza o puerperio, di aborto spontaneo o post-traumatico o terapeutico (se il concepimento è avvenuto dopo la decorrenza dell'assicurazione)
- ✓ delle spese sostenute nei primi 180 giorni di vita del neonato di genitore assicurato anche per interventi finalizzati alla correzione o alla eliminazione di malformazioni congenite, e anche successivamente purché il neonato sia incluso in polizza
- ✓ dei ticket sanitari.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni per le quali è prevista una riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Garanzie Plus	L'assicurazione rimborsa le spese sostenute per: ✓ visite specialistiche ✓ accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio prescritti dal medico curante ✓ trattamenti riabilitativi prescritti dal medico curante resi necessari da infortunio. Le prestazioni previste dalle coperture assicurative saranno pagate all'Assicurato fino ad una somma massima di € 2.000 o € 4.000, a seconda della scelta effettuata al momento della sottoscrizione del contratto, per anno assicurativo e per persona assicurata.
Garanzie accessorie	TUTELA LEGALE L'assicurazione fornisce il servizio di tutela legale per la difesa degli interessi dell'Assicurato, in sede giudiziale ed extragiudiziale, con la finalità di ottenere il risarcimento dei danni nei casi di: ✓ ricoveri con e senza intervento, Day Hospital o Day Surgery o intervento chirurgico ambulatoriale reso necessario da infortunio o malattia ✓ visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti specialistici effettuati nei 60 giorni precedenti o nei 120 giorni successivi alla data del ricovero o della degenza per il Day Hospital o Day Surgery o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, purché ad essi inerenti E' compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile nell'ambito di un procedimento penale. Le prestazioni previste dalla copertura saranno pagate all'Assicurato fino a una somma massima di € 10.000 per anno assicurativo e per persona assicurata. TELESALUTE Se l'Assicurato è all'estero, in caso di emergenza in seguito ad infortunio o malattia, può usufruire dei servizi di Telemedicina forniti dalla Centrale Medica di Medic4all. Videoconsulto medico medic eye In caso di necessità l'Assicurato ha la possibilità di parlare con un medico italiano della Centrale Medica Operativa e di poterlo vedere attraverso un Video Consulto. Il medico potrà inviare una prescrizione per farmaci e/o una lettera di referto in più lingue. Tele-farmacologia internazionale-sms medicale Chiamando la Centrale Medica l'Assicurato può ottenere il nome commerciale locale di un farmaco di libera vendita o del corrispondente principio attivo. Ricetta medica all'estero L'Assicurato può ottenere una ricetta medica per l'acquisto di un farmaco, disponibile in diverse lingue. Lettera di referto medico all'estero In caso di necessità l'Assicurato può avere un consulto medico in video conferenza o via telefono con un medico italiano della Centrale Medica Operativa e, in caso di necessità di ricorso a una struttura ospedaliera locale, all'Assicurato viene inviato un Referto Medico, scritto in lingua locale, da presentare presso la struttura medica. ASSISTENZA VIAGGI Se l'Assicurato è all'estero, in caso di emergenza in seguito a infortunio o malattia, può usufruire delle prestazioni sanitarie fornite dalla Struttura Organizzativa. Le somme massime assicurate riferibili alle prestazioni oggetto della copertura sono stabilite per persona e per anno assicurativo.

Garanzie accessorie	Collegamento con la struttura sanitaria per informazioni sulla degenza Se, mentre l'Assicurato è in viaggio, a seguito d'infortunio o malattia, deve essere ricoverato d'urgenza in una struttura sanitaria e i suoi familiari richiedono d'essere informati sulle sue condizioni da casa, la Struttura Organizzativa effettua un collegamento telefonico diretto tra i propri medici e il medico curante sul posto. Le notizie cliniche saranno poi comunicate telefonicamente alla famiglia dell'Assicurato.
----------------------------	--

	Trasmissione di messaggi urgenti In caso di necessità, ove l'Assicurato sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà all'inoltro di tali messaggi al posto suo. Segnalazione di un medico specialista all'estero Se l'Assicurato richiede una visita specialistica mentre è all'estero, la Struttura Organizzativa provvede a segnalargli il nominativo di un medico il più vicino possibile al luogo in cui si trova. Consulenza sanitaria per viaggi all'estero Se l'Assicurato deve intraprendere un viaggio in paesi tropicali o definiti a rischio sanitario, la Struttura Organizzativa può fornirgli informazioni su: vaccinazioni e profilassi prima del viaggio, consigli igienico-sanitari e norme da adottare durante il viaggio, segnalazioni di centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia in Italia. In caso di malattia insorta durante il viaggio o nei 15 giorni successivi al rientro in Italia, i medici della Struttura Organizzativa sono a disposizione per dare all'Assicurato consigli telefonici o per un consulto con i medici che lo hanno in cura. Rientro del convalescente da strutture sanitarie Se l'Assicurato è convalescente a seguito di ricovero o day-hospital e richiede di rientrare alla sua residenza, la Struttura Organizzativa organizza il suo trasferimento alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i medici ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza od altri mezzi. Provvede inoltre ad assisterlo durante il trasferimento, se giudicato necessario dai propri medici, con personale medico e/o infermieristico. Rientro sanitario Se l'Assicurato è in viaggio e richiede il suo trasferimento presso una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli le cure specifiche del caso o presso la sua residenza, la Struttura Organizzativa, nel caso che i propri medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, organizza il suo trasferimento nei tempi e con il mezzo di trasporto che i medici ritengano più idonei alle sue condizioni tra aereo sanitario, aereo di linea (anche con trasporto in barella), treno/vagone letto (prima classe), autoambulanza, altri mezzi. Inoltre, provvedono ad assistere l'Assicurato durante il trasferimento, se ritenuto necessario dai propri medici, con personale medico e/o infermieristico. Tutti i costi di organizzazione e di trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto che accompagna l'Assicurato, sono a carico della Società. Rientro con un familiare Se, mentre l'Assicurato è in viaggio, necessita delle prestazioni "Rientro sanitario" o "Rientro del convalescente da strutture sanitarie" e non gli serve l'assistenza medica o infermieristica, la Struttura Organizzativa provvede a far rientrare un familiare in viaggio con lui, con il mezzo utilizzato per il suo trasferimento. Il costo del trasporto è a carico della Compagnia fino ad un limite di € 780. Rientro funerario In caso di decesso dell'Assicurato in viaggio, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione. Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasporto del corpo o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto o anche nel caso in cui si renda necessario il riconoscimento del corpo, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o in altro mezzo di trasporto. Rientro anticipato per decesso di un familiare Se mentre l'Assicurato è in viaggio, a seguito del decesso di un suo familiare (coniuge/convivente, figlio/a, fratello/sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), necessita di tornare alla sua residenza o di recarsi nel luogo dove è deceduto il suo familiare o dove viene inumato, la Struttura Organizzativa provvede a mettergli a disposizione un biglietto in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o in altro mezzo di trasporto per rientrare alla propria residenza o per recarsi nel luogo dov'è deceduto il familiare o dove viene inumato. Rientro dei passeggeri trasportati Se l'Assicurato è in viaggio come conducente di un autoveicolo e necessita della prestazione "Rientro sanitario", non potendo pertanto proseguire, e nessuno dei passeggeri a bordo è in grado di sostituirlo alla guida, la Struttura Organizzativa mette a disposizione dei passeggeri un biglietto in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o in altro mezzo di trasporto per rientrare in Italia fino alla loro residenza. Il costo del rientro dei passeggeri è a carico della Compagnia con il limite di € 780. Rientro anticipato e posticipato Se mentre l'Assicurato è in un viaggio organizzato, a seguito di infortunio o malattia, deve rientrare alla sua residenza anticipatamente o successivamente alla data prevista per il ritorno, a fronte di un certificato del medico curante, la Struttura Organizzativa mette a sua disposizione un biglietto in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o in altro mezzo di trasporto. L'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, il certificato medico rilasciato sul posto del medico curante.
Garanzie accessorie	Viaggio di un familiare Se mentre l'Assicurato è in viaggio viene ricoverato in una struttura sanitaria, non può essere dimesso ed entro 5 giorni dalla data del ricovero, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, richiede di essere raggiunto da questi, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o in altro mezzo di trasporto. Il costo del trasporto è a carico della Compagnia con il limite di € 1.550.

	Assistenza minorenni Se, mentre l'Assicurato è in viaggio e a seguito di infortunio o malattia, non è in grado di occuparsi dei suoi figli minorenni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa mette a disposizione loro o di altra persona da lui o da loro indicata, un mezzo di trasporto oppure un biglietto d'andata e ritorno di treno (prima classe) o aereo (classe economica). Il costo del trasporto è a carico della Compagnia senza limiti per i trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 1.550. Invio medicinali urgenti all'estero Se mentre l'Assicurato è all'estero, e medicinali a lui indispensabili regolarmente registrati in Italia e prescritti dal medico curante siano introvabili, la Struttura Organizzativa, dopo essersi assicurata che le specialità ivi reperibili non siano equivalenti, provvede ad inviargli i medicinali con il mezzo più rapido. Interprete a disposizione all'estero Se mentre l'Assicurato è in viaggio viene ricoverato presso una struttura sanitaria e richiede un interprete per favorire lo scambio di informazioni con i medici curanti, la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo. Il costo è a carico della Compagnia con il limite di € 520. Prolungamento del soggiorno Se, mentre l'Assicurato è in un viaggio organizzato, a seguito di infortunio o malattia è costretto a prolungare la sua permanenza oltre la data prevista per il ritorno, a fronte di un certificato del medico curante, la Struttura Organizzativa provvede a prenotargli un albergo. È a carico della Compagnia esclusivamente il costo relativo alla camera d'albergo e alla prima colazione per un massimo di tre giorni con il limite giornaliero di € 55. Anticipo di spese mediche e ospedaliere Se l'Assicurato è all'estero e deve sostenere spese a cui non può far fronte immediatamente, per cure o interventi chirurgici non rimandabili ricevuti sul posto, la Struttura Organizzativa provvede a pagare a titolo di prestito senza interessi le fatture relative a spese da sostenere per onorari medici, ricoveri, day-hospital ed eventuali interventi chirurgici, accertamenti diagnostici e medicinali durante la degenza. L'Assicurato deve fornire alla Struttura Organizzativa garanzie bancarie o d'altro tipo ed è tenuto ad effettuare il rimborso della somma anticipata entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione. L'anticipo delle spese è fornito con il limite di € 5.200 per ogni anno di validità della polizza. ASSISTENZA DOMICILIARE Se l'Assicurato ha necessità di assistenza presso la sua residenza o domicilio, a seguito di un ricovero di almeno 7 giorni presso un istituto di cura, di cui ne ha supportato il costo, può usufruire delle prestazioni fornite dalla Struttura Organizzativa. Potrà scegliere in base alle sue necessità quali e quante volte desidera attivare le prestazioni, rispettando esclusivamente il limite massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo. Invio di un medico Se l'Assicurato necessita di una visita medica la Struttura Organizzativa invia un medico. Invio di un infermiere Se l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica la Struttura Organizzativa invia un infermiere. Invio di un assistente socio-sanitario Se l'Assicurato ha bisogno di assistenza socio domiciliare la Struttura Organizzativa invia un assistente socio-sanitario.
--	---

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Garanzie Plus VISITE SPECIALISTICHE Sono escluse le visite: * pediatriche * ortodontiche * odontoiatriche * ginecologiche * oculistiche per il controllo della vista.
	Garanzie Accessorie ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ESAMI DI LABORATORIO Sono esclusi gli accertamenti per il controllo della gravidanza.

Rischi esclusi	TUTELA LEGALE La polizza non copre per: * fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive * fatti dolosi delle persone assicurate * qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile nel caso l'Assicurato venisse perseguito in sede penale
-----------------------	--

	* le controversie con la Società e/o ARAG. Non sono inoltre comprese: * multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere * spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale) * le operazioni di esecuzione forzata successive a due tentativi non andati a buon fine.
	ASSISTENZA VIAGGI Rientro sanitario Non danno luogo al trasferimento: * le malattie infettive e ogni patologia a causa delle quali il trasporto implichi violazione di norme sanitarie * le malattie e gli infortuni che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio o che possano essere curate sul posto.



Ci sono limiti di copertura?

Garanzie standard: limitazioni	! Le malattie manifestatesi nel periodo di carenza non danno diritto alla prestazione assicurativa anche se la diagnosi viene certificata a periodo di carenza compiuto ! il ricovero iniziato durante il periodo di carenza e proseguito oltre lo stesso non dà diritto alla prestazione prevista dalla polizza ! le spese sostenute per dialisi effettuata presso strutture private o con intervento di medici privati sono rimborsate fino a un massimo di 30 applicazioni per ciascun anno assicurativo ! le spese sostenute per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero sono rimborsate fino a € 3.000 ! le spese sostenute in caso di aborto spontaneo o post-terapeutico o terapeutico sono rimborsate fino a € 1.500 ! in caso di ricovero, day hospital, day surgery avvenuto presso il servizio sanitario nazionale, l'Assicurato può scegliere se farsi rimborsare secondo i criteri applicabili alle strutture non convenzionate o se ricevere una diaria pari a € 105 per ogni pernottamento in istituto di cura o per ogni giorno di degenza diurna, per un massimo di 180 pernottamenti/giorni per assicurato e per anno assicurativo; ! se l'Assicurato usufruisce di strutture e/o medici non convenzionati riceve un rimborso del 70%. Inoltre, sono escluse le terapie oncologiche (chemioterapia e radioterapia) effettuate nei 60 giorni precedenti alla data del ricovero o della degenza per il Day Hospital o Day Surgery o dell'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, purché ad essi inerenti.
Garanzie plus: limitazioni	! Le malattie manifestatesi nel periodo di carenza non danno diritto alla prestazione assicurativa anche se la diagnosi viene certificata a periodo di carenza compiuto ! il ricovero iniziato durante il periodo di carenza e proseguito oltre lo stesso non dà diritto alla prestazione prevista dalla polizza ! se l'Assicurato usufruisce di strutture e/o medici non convenzionati: ! deve anticipare le spese per le prestazioni richieste per le quali riceverà un rimborso del 70% ! per ciascuna visita specialistica, accertamento diagnostico o serie di accertamenti e per ciascun ciclo di trattamento riabilitativo previsti da un'unica prescrizione medica, resta in ogni caso a suo carico la cifra minima di € 36. Garanzie accessorie TUTELA LEGALE In caso di unico sinistro, il limite massimo rimborsabile per sinistro resta unico e viene ripartito tra i soggetti assicurati, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati. La copertura Tutela Legale vale per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati nei Paesi dell'Unione Europea, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e nel Liechtenstein

Garanzie accessorie: limitazioni	ASSISTENZA VIAGGI Rientro sanitario La prestazione viene fornita: ! dal giorno di decorrenza dell'assicurazione per trasferimenti resi necessari da infortunio ! dal 60° giorno successivo a quello di decorrenza dell'assicurazione, per trasferimenti resi necessari da malattia. Rientro funerario ! Restano a carico dei suoi familiari le spese di ricerca della salma e quelle relative alla cerimonia funebre e all'inumazione. Rientro dei passeggeri trasportati ! Sono escluse le spese di soggiorno e qualsiasi altra spesa. Invio medicinali urgenti all'estero ! Rimane a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali che andrà rimborsato al rientro in Italia.
--	--



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Se l'Assicurato ha già effettuato gli accertamenti in strutture non convenzionate deve avvisare la Compagnia entro 10 giorni dall'avvenuta guarigione clinica, con una comunicazione scritta a: Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Ufficio Sinistri Rami Elementari Via San Francesco d'Assisi, 10 – 10122 Torino In alternativa può inviare un fax al numero +39 011.093.10.62, o una mail al seguente indirizzo di posta elettronica: sinistri@pec.intesasanpaoloassicura.com. In caso di sinistro, l'Assicurato dovrà sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici richiesti dalla Compagnia, fornire ogni informazione necessaria e produrre la documentazione medica del caso. Dovrà inoltre consentire la visita dei medici di Medic4all incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento che siano ritenuti necessari. Dovrà comunicare con esattezza i dati forniti relativi a eventuali alterazioni dello stato di salute a Intesa Sanpaolo Assicura. Se hai sottoscritto più di una polizza con diverse Compagnie, in caso di sinistro l'Assicurato dovrà fare la denuncia a tutti gli Assicuratori segnalando a ciascuno l'esistenza delle altre polizze. Alla denuncia deve essere allegata la certificazione medica sulla natura della patologia e copia conforme della cartella clinica, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici, il dettaglio delle terapie eseguite. Assistenza diretta / in convenzione: La Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri relativi alle coperture <u>Standard</u> e <u>Plus</u> a Medic4all, le prestazioni delle coperture assicurative <u>Assistenza domiciliare</u> e l'<u>Assistenza in Viaggio</u> alla Struttura Organizzativa di IMA Servizi S.c.a.r.l. grazie ad una specifica convenzione sottoscritta con IMA Italia e la gestione della <u>Tutela Legale</u> alla Società ARAG Assicurazioni SE – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia. Gestione da parte di altre imprese: Per effettuare gli accertamenti previsti dalle garanzie <u>Standard</u> e <u>Plus</u> in strutture convenzionate, occorre contattare preventivamente la Centrale operativa di Medic4all e inviare via fax al numero 02 30 35 15 20 o via e-mail sinistri@medic4all.it la prescrizione medica con l'indicazione della patologia e la presunta data di insorgenza. Per usufruire delle prestazioni della copertura <u>Assistenza domiciliare</u> e <u>Assistenza in Viaggio</u> occorre contattare la Struttura Organizzativa ai numeri 800 124 124 (dall'Italia) ed +39 02 30328013 (dall'estero). In merito alle prestazioni della copertura <u>Tutela Legale</u>, occorre inviare le denunce di sinistro ad ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, via telefono al numero 045.8290411, via fax al numero 045.8290557 o via email all'indirizzo denunce@ARAG.it. Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Recesso della Compagnia in caso di mancato pagamento per non assicurabilità La Compagnia può rifiutare il pagamento della prestazione assicurata se, dopo che si è verificato il sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni fatte all'atto dell'adesione alla polizza. In tal caso le coperture assicurative terminano il giorno in cui la Compagnia è venuta a conoscenza della non assicurabilità dell'Assicurato ed entro 90 giorni da tale data inviano al Contraente la comunicazione di recesso dalla polizza.
Obblighi dell'impresa	Entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa e se, a seguito dell'Istruttoria, il sinistro è risultato indennizzabile, la Compagnia provvede al pagamento.



Quando e come devo pagare?

Premio	Se chiudi il conto corrente sul quale vengono addebitati i premi e non apri contestualmente un nuovo conto corrente presso una Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo, ti saranno addebitate in un'unica soluzione le rate di premio mensili residue sino alla ricorrenza annua della polizza.
Rimborso	In caso di risoluzione da parte della Compagnia della polizza per inassicurabilità sopravvenuta dell'Assicurato, ti sarà restituita la parte di premio non goduta corrispondente al periodo intercorrente tra la data di comunicazione del recesso e la scadenza annuale della polizza, al netto dei costi e delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Se non hai più un conto corrente presso una delle Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo su cui addebitare i premi, non ci sarà tacito rinnovo e le coperture cesseranno dalla ricorrenza annuale. Garanzie standard e plus Se il contratto viene emesso senza che l'Assicurato abbia effettuato la visita medica, per ciascuna copertura è previsto un periodo, che decorre dalla sottoscrizione della polizza, in cui la copertura non è valida (cd. carenza). Rispettivamente: • la copertura per le malattie in genere e per quelle della gravidanza (a condizione che per quest'ultima venga certificato che il concepimento sia avvenuto dopo la decorrenza dell'assicurazione): 60 giorni consecutivi • la copertura per il parto e per le malattie del puerperio: 270 giorni consecutivi.
Sospensione	Non è prevista la sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche maggiorenni, titolari di un conto corrente presso una delle Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo, che abbiano un bisogno di protezione, per sé stessi e/o per la propria famiglia, in caso di eventi attinenti la salute o gli infortuni, che possano comportare onerose spese mediche.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: i costi applicati al premio percepiti dall'intermediario sono pari al 15%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Gestione Reclami e qualità del servizio Via San Francesco d'Assisi, 10 – 10122 Torino Fax: +39 011.093.00.15 Email: reclami@intesasanpaoloassicura.com PEC: reclami@pec.intesasanpaoloassicura.com La Compagnia dovrà fornire riscontro al reclamo entro e non oltre il termine di 45 giorni dal ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di risposta o di risposta tardiva da parte della Compagnia è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia: 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 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). Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa. La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, qualora insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio, o della malattia gli aventi diritto hanno la facoltà di rivolgersi a Intesa Sanpaolo Assicura per demandare la decisione della controversia a un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto dalle parti con indicazione dei termini della controversia. I medici del Collegio sono nominati uno per parte e il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza di chi è assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. La richiesta di attivazione del Collegio Medico può essere inviata a: Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Ufficio Sinistri Via San Francesco d'Assisi, 10 – 10122 Torino oppure all'indirizzo e-mail: comunicazioni@pec.intesasanpaoloassicura.com oppure al numero di fax +39 011.093.10.62. 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/financesretail/finnet.htm).
--	--

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