

Assicurazione Danni

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

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Gruppo Vittoria Assicurazioni
Polizza R.E. "INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERI 01/19"

Il presente documento è stato redatto in data 01/06/2020
ed è l'ultima versione disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi 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.

Vittoria Assicurazioni S.p.A., con sede in Via Ignazio Gardella 2 - 20149 Milano – Italia, Codice Fiscale e numero d'iscrizione Registro Imprese di Milano 01329510158 - R.E.A. N. 5487, Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione sez. I n. 1.00014, Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi n. 008, soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A., tel. +3902482191; sito internet: www.vittoriaassicurazioni.com, e-mail: info@vittoriaassicurazioni.it, pec: vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio del 31/12/2019 il patrimonio netto dell'impresa ammonta a € 569.204.072, il capitale sociale a € 67.378.924 e le riserve patrimoniali a € 427.455.373.

Sul sito internet della Società www.vittoriaassicurazioni.com nella Sezione Investor Relations al seguente link (<https://www.vittoriaassicurazioni.com/pages/DettServ.aspx?idArea=10&idCat=112&idDet=491>) è reperibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) nella quale sono riportati: il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) pari a € 482.493.606 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 931.714.878, il requisito patrimoniale minimo (MCR) pari a € 217.122.123 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 733.892.500 e l'indice di solvibilità (Solvency Ratio) pari a 193,1%.

La legislazione applicabile al contratto, in base all'art. 180 del D.Lgs. 209/2005, è quella italiana.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE MALATTIA

È previsto che, in caso di ricovero o day hospital conseguente a malattia o infortunio in istituto di cura sia privato che pubblico, è garantito il pagamento di un'indennità giornaliera. L'indennità giornaliera è prevista anche in caso di convalescenza successiva al ricovero o di gessatura.

AVVERTENZA: per ciascuna delle sezioni sopra descritte l'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente (e previste in polizza).

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO

SCONTO POLIENNALITÀ

Il premio del presente contratto tiene conto della riduzione per poliennalità.

PENALE IN CASO DI VIOLAZIONE DELL'ACCORDO

Non prevista.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

SEZIONE MALATTIA

È possibile ampliare le prestazioni con le seguenti opzioni:

- **Maggiorazione dell'indennità giornaliera per ricovero:** viene liquidata una diaria più elevata in caso di ricovero avvenga a seguito di grande intervento chirurgico, in reparto di rianimazione, d'urgenza all'estero;
- **Gessatura estesa:** amplia la portata dell'indennità giornaliera per convalescenza comprendendo anche ai casi di immobilità fisica comportante la totale incapacità ad attendere a qualsiasi tipo di attività derivante da frattura del bacino, dell'anca, cranica, delle costole, della colonna vertebrale;

	<ul style="list-style-type: none"> • Retta dell'accompagnatore: prevede il rimborso, fino al limite giornaliero previsto in polizza, le spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura dell'accompagnatore; • Assistenza infermieristica ospedaliera: garantisce il rimborso, fino al limite giornaliero previsto in polizza, delle spese sostenute dall'Assicurato per assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il ricovero; • Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero: in caso di ricovero comportante almeno due pernottamenti, con dei limiti di importo e temporali e purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero, vengono rimborsate le spese per esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi.
--	--



Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI	<p>Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alcolismo; • tossicodipendenza; • A.I.D.S. o sindromi correlate. <p>Non sono assicurabili le persone che nel corso del contratto superino il 75° anno di età.</p>
-----------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste le seguenti Esclusioni	<p>La garanzia non opera per:</p> <ol style="list-style-type: none"> le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione e, in ogni caso, non comprese in garanzia mediante specifico atto contrattuale; gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere; gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche e alle relative prove e allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa); gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto; gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose; l'accertamento e l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e malformazioni; le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso"; le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti; l'aborto volontario non terapeutico, nonché per le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza; le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio), nonché per quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie; le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche; eventi derivanti da inondazioni ed eruzioni vulcaniche; le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate; le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della polizza; gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine. le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze. <p>Le garanzie prestate non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'Assicurato.</p>
---	--

Limiti di copertura

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Scoperto (per sinistro, salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro, salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa Indicazione)
Indennità giornaliera ricovero/Ricovero	Non previsto	Non prevista	Indennità giornaliera sarà corrisposta dal giorno del ricovero fino all'avvenuta dimissione, per un massimo di 365 giorni. In caso di parto naturale, indennità giornaliera per massimo 5 giorni. In caso di parto, indennità giornaliera a seguito di ricovero nei primi 90 giorni di vita per eliminazione malformazioni del neonato
Indennità giornaliera ricovero/Day Hospital	Non previsto	L'indennità giornaliera è dovuta esclusivamente per durata superiore a 2 giorni consecutivi, salvo le festività. La franchigia non opera in caso di interventi chirurgici, chemioterapia oncologica e radioterapia antitumorale	Indennità giornaliera ridotta alla metà di quella per caso di ricovero, con il massimo di 150 giorni per anno assicurativo
Indennità per spese di cartella clinica	Non previsto	Non prevista	Indennità forfettaria di Euro 15 per ciascun sinistro
Indennità giornaliera per convalescenza/ Convalescenza per malattia o infortunio successiva ad un ricovero	Non previsto	Non prevista	Indennità giornaliera per massimo 150 giorni per anno e con limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero
Indennità giornaliera per convalescenza/ Convalescenza per infortunio non successiva ad un ricovero per Assicurati portatori di gessatura	Non previsto	Non prevista	Indennità giornaliera per massimo 90 giorni per ogni anno assicurativo
Indennità giornaliera per convalescenza/ Convalescenza per infortunio successiva ad un ricovero per Assicurati portatori di gessatura	Non previsto	Non prevista	L'assicurato potrà scegliere per pagamento a scelta tra opzione successiva o non successiva ad un ricovero
Convalescenza seguente a ricovero per parto, aborto, malattie della gravidanza e del puerperio, day hospital	Non previsto	Non prevista	Non previsto

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Scoperto (per sinistro, salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro, salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa Indicazione)
Condizioni particolari			
Maggiorazione dell'indennità giornaliera per ricovero	Non previsto	Non prevista	Limitatamente al periodo di ricovero, l'Impresa corrisponderà il doppio dell'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero che comporti grande intervento chirurgico; dal ventunesimo giorno, l'indennità giornaliera sarà aumentata del 50% in caso di ricovero che si protragga per oltre 20 giorni consecutivi; in caso di ricovero d'urgenza all'estero, per malattia improvvisa o infortunio, sarà corrisposta il doppio dell'indennità giornaliera pattuita
Gessatura "estesa"	Non previsto	Non prevista	Indennità giornaliera, documentata da referti e certificati medici, viene corrisposta per 20 giorni per frattura costola e 60 giorni per frattura bacino, anca, cranica e colonna vertebrale
Retta dell'accompagnatore	Non previsto	Non prevista	Rimborso per massimo 60 giorni per anno e per persona
Assistenza infermieristica ospedaliera	Non previsto	Non prevista	Rimborso per massimo 30 giorni per anno e per persona
Rimborso spese sostenute prima e dopo ricovero	20% con il minimo di Euro 100 per ogni sinistro	Non prevista	Fino alla concorrenza massima di Euro 1.500 quale disponibilità per anno e per l'insieme degli assicurati risultanti in polizza, l'Impresa rimborsa le spese sostenute per esami, accertamenti e visite specialistiche effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero; esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici effettuati nei 60 giorni successivi alla data delle dimissioni dal ricovero



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>I sinistri devono essere denunciati alla Direzione dell'Impresa o all'Agenzia presso cui è stata stipulata la polizza entro 5 giorni da quando il Contraente/Assicurato ne sia venuto a conoscenza.</p> <p>In caso di impossibilità del Contraente/Assicurato, la denuncia può essere effettuata anche da eventuali altri Assicurati; se non risultano altri Assicurati, il Contraente/Assicurato dovrà denunciare il sinistro al momento della riacquistata possibilità.</p> <p>In caso di decesso del Contraente/Assicurato, gli obblighi di cui sopra possono essere adempiuti dagli eredi legittimi.</p> <p>Alla denuncia di sinistro deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti la diagnosi circostanziata. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa di Assicurazione e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.</p> <p>L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della indennità giornaliera.</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione</p> <p>Relativamente alle coperture malattia non sono previsti interventi di assistenza diretta o in convenzione.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Non prevista.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 C.C.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono indicazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	<p>Pagamento del sinistro</p> <p>Il pagamento dell'indennità giornaliera è eseguito, in Euro, presso la sede dell'Impresa o dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 15 giorni dalla data della liquidazione.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Modalità pagamento Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. Il presente contratto non prevede il ricorso a tecniche di vendita multilevel marketing e specifici mezzi di pagamento dei premi da parte dei componenti della rete. - Frazionamento 3% di aumento per il frazionamento semestrale; 4% di aumento per il frazionamento quadrimestrale; 5% di aumento per il frazionamento trimestrale; 6% di aumento per il frazionamento mensile con addebito sul conto corrente; nessun aumento per il frazionamento mensile in caso di adesione al sistema di pagamento tramite Addebito Continuativo su Carta di Credito. - Adeguamento È previsto l'adeguamento del contratto in base alla variazione dell'indice ISTAT "Prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati".
Rimborso	In caso di recesso anticipato da parte dell'Impresa rispetto alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato pagato il premio, il rateo di premio non goduto sarà rimborsato, al netto delle imposte, al Contraente da parte dell'Impresa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Il presente contratto non prevede casi specifici di sospensione delle garanzie. Valgono in ogni caso le disposizioni di cui all'art. 1901 del Codice Civile.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, ove il contratto sia stipulato da un consumatore, così come definito dal Codice del Consumo, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Via Ignazio Gardella, 2 – 20149 Milano.
Risoluzione	Il Contraente può recedere dal contratto in caso di revoca da parte dell'Impresa del frazionamento mensile.



A chi è rivolto questo prodotto?

Tutte le persone fisiche o giuridiche che desiderano avvalersi di uno strumento assicurativo in grado di sopperire in caso di ricovero per malattia o infortunio da un eventuale mancato guadagno, grazie all'erogazione di una diaria giornaliera.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al **23,79%**.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Ignazio Gardella, n. 2 - 20149 Milano (fax 02/40.93.84.13 – email servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it).</p> <p>Il Servizio Reclami, quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.</p>
All'IVASS	<p><i>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.</i></p> <p>Possono inoltre essere presentati direttamente all'IVASS, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti: l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni – e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.</p> <p>In particolare i reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.</p> <p>Non rientrano nella competenza dell'IVASS:</p> <ol style="list-style-type: none"> i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità e alla quantificazione delle prestazioni assicurative, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'IVASS provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti; i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'IVASS provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza; i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB – Via G.B. Martini 3 – 00198 Roma; i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP – Piazza Augusto Imperatore, 27 – 00186 Roma – Italia.

	<p>In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.</p> <p>Resta in ogni caso salva la facoltà del Cliente di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>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).</p> <p>La mediazione obbligatoria è un istituto che si avvale dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010 n. 28. La richiesta di mediazione nei confronti di Vittoria Assicurazioni S.p.A., deve essere depositata presso un Organismo di Mediazione tra quelli indicati nel sito ANIA, raggiungibile tramite il link www.ania.it/CONSUMATORI/Mediazione.html. Le materie in cui la mediazione risulta obbligatoria sono quelle in tema di "condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazioni, comodato, affitto di aziende, risarcimento di danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari". Nelle materie in cui esiste l'obbligatorietà della mediazione le parti dovranno necessariamente farsi assistere da un avvocato. La procedura è facoltativa per le controversie in materia di risarcimento dei danni da circolazione di veicoli o natanti.</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>È una modalità alternativa di soluzione delle controversie regolata dalla Legge 10 novembre 2014 n. 162, in vigore dal 9 febbraio 2015, che ha introdotto l'obbligo di tentare la conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con cui si intende chiedere un pagamento – a qualsiasi titolo – di somme inferiori a 50.000 euro, fatta eccezione per le materie per le quali è prevista la mediazione obbligatoria – vedasi punto precedente – nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per ottenere il risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli e natanti. La parte, prima di iniziare una causa, dovrà a pena di improcedibilità tentare quindi la negoziazione assistita, avvalendosi obbligatoriamente dell'assistenza di un avvocato iscritto all'albo.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>- Arbitrato</p> <p>Il presente contratto non prevede la possibilità di ricorrere ad Arbitrato per la risoluzione di controversie tra le Parti.</p> <p>Tuttavia il contratto, al solo fine della determinazione del danno, prevede che le Parti possano nominare propri periti i quali, in caso di disaccordo, devono nominare un terzo perito.</p> <p>In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Perito, mentre le spese del terzo Perito sono ripartite a metà.</p> <p>In ogni caso è sempre possibile per il Contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Per eventuali richieste di informazioni in merito al rapporto assicurativo, diverse dai reclami, è possibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contattare il numero verde 800.016611; • inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@vittoriaassicurazioni.it.

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.

