

Assicurazione Danni

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

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Gruppo Vittoria Assicurazioni
Polizza RE "Rimborso spese sanitarie Elite 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

In caso di ricovero o di intervento chirurgico resi necessari da malattia o da infortunio, l'Impresa rimborsa le spese sostenute dal Contraente/Assicurato per:

- 1) Intervento chirurgico:** onorari dell'équipe operatoria (chirurgo, aiuto, anestesista e ogni altro professionista partecipante attivamente all'intervento), diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento. La copertura è estesa anche alla sostituzione, determinata da necessità medica, di detti apparecchi terapeutici e protesi.
- 2) Spese sanitarie da ricovero:** rette di degenza, assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure anche dialisi, fisiochinesiterapia, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il ricovero e/o l'intervento chirurgico.
- 3) Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero o ad un intervento:** visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), fisiochinesiterapia, nei giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico per prestazioni inerenti l'intervento.
- 4) Prestazioni sanitarie successive ad un ricovero o ad un intervento chirurgico:** visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), medicinali, fisiochinesiterapia, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (comprese le carrozzelle ortopediche), nei giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico per prestazioni inerenti l'intervento.
- 5) Trasporto dell'Assicurato con ambulanza (compreso aereo o elicottero sanitario):** in istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno al proprio domicilio. La necessità del trasporto deve essere certificata da un medico.
- 6) Il vitto ed il pernottamento in istituto di cura di un familiare accompagnatore:** in caso di ricovero all'estero l'Impresa rimborsa anche le spese sostenute dal familiare accompagnatore per il viaggio in treno o con aereo di linea e, in caso di comprovata indisponibilità dell'istituto di cura, quelle per il suo vitto e pernottamento in struttura alberghiera.

	<p>7) Cure e protesi dentarie: Cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o infortunio, quest'ultimo comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico o se consentito da leggi o regolamenti locali da Pronto Soccorso prestato da altre strutture sanitarie.</p> <p>8) Parto non cesareo e aborto terapeutico: spese precedenti e successive al ricovero.</p> <p>9) Parto cesareo: Qualora il parto avvenga a domicilio dell'Assicurata, l'Impresa corrisponde un rimborso forfettario.</p> <p>Rientrano in copertura anche:</p> <p>a) Indennità sostitutiva del rimborso: qualora le spese in precedenza siano, in caso di ricovero, a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, l'Impresa corrisponde un'indennità giornaliera.</p> <p>b) Cure termali: le spese sostenute per cure termali praticate in conseguenza di un ricovero o di un intervento chirurgico.</p> <p>c) Cure figli neonati ed adottati: per i nati da un parto rimborsabile a termini di polizza o per i minori in affidamento preadottivo e, solamente per i neonati, sono comprese anche le cure rese necessarie da malformazioni e difetti fisici.</p> <p>d) Trapianti di organi: in caso di trapianto di organi, le garanzie prestate a favore dell'Assicurato ricevente operano, nei limiti della somma per lui assicurata, anche per il ricovero ospedaliero relativo al donatore, compresi accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali, rette di degenza e trasporto di organi.</p> <p>e) Assistenza domiciliare per malattie terminali: in caso di malattia terminale l'Impresa rimborsa anche le spese sostenute per assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee strutture sanitarie, o, in alternativa, assistenza infermieristica professionale a domicilio.</p> <p>f) Assistenza infermieristica privata: l'Impresa rimborsa le spese sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato per assistenza infermieristica professionale privata.</p> <p>g) Diagnostica, chemioterapia e radioterapia: in assenza di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale, l'Impresa rimborsa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le spese sostenute per trattamenti di chemioterapia e radioterapia per la cura delle neoplasie maligne a carattere invasivo, dei tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale, del morbo di Hodgkin; • le spese sostenute, fino alla concorrenza di Euro 1.200 per anno assicurativo, per i seguenti accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante: angiografia, risonanza magnetica nucleare (RMN), densitometria ossea computerizzata (DOC), mineralogia ossea computerizzata (MOC), scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche, tomografia assiale computerizzata (TAC). <p>h) Tossicodipendenza, Alcolismo, A.I.D.S., Malattie mentali: nei confronti degli Assicurati che nel corso del contratto diventassero tossicodipendenti, alcolisti, contraggano l'A.I.D.S. o manifestino malattie mentali e disturbi psichici in genere, la garanzie si estende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle spese sostenute per il ricovero presso Centri, Comunità o Istituti abilitati al recupero psicofisico dei tossicodipendenti o degli alcolisti; • un indennizzo forfettario di Euro 7.000 per le cure conseguenti a conclamata A.I.D.S.; • alle spese sostenute per il ricovero presso Centri specializzati per malattie mentali. <p>In ogni caso l'assicurazione, indipendentemente dall'esito delle cure, cessa dopo 100 giorni dal verificarsi dello stato di Tossicodipendenza, Alcolismo, A.I.D.S., Malattie mentali.</p> <p>i) Medicina preventiva: rimborsa le spese, per gli Assicurati che abbiano compiuto 30 anni, relative all'effettuazione di un check-up da eseguirsi, in un'unica soluzione, presso le strutture convenzionate con Mapfre.</p> <p>Sono compresi i rimborsi delle spese per i ricoveri conseguenti ad infortuni derivanti da malore o incoscienza e, inoltre, l'assicurazione comprende, i ricoveri per gli infortuni derivante da colpa grave dell'Assicurato e quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.</p> <p>GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (alternativa alla garanzia base)</p> <p>La garanzia si intende valida per i rimborsi delle prestazioni prestate dalla garanzia base, sostenute esclusivamente in occasione di Grandi Interventi Chirurgici tra quelli elencati nell' "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" allegato alle Condizioni di Assicurazione.</p>
<p>SEZIONE ASSISTENZA</p>	<p>Per la sezione di Assistenza medica le prestazioni vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato e per il tramite e con l'assistenza di una Struttura Organizzativa specializzata. Per ottenere le prestazioni è obbligatorio contattare la Centrale Operativa. Sono offerte le seguenti prestazioni di assistenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un medico a casa: Qualora l'assicurato a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una visita medica urgente al proprio domicilio e qualora gli stessi medici di guardia della Struttura Organizzativa lo valutino necessario, la Compagnia invia, all'indirizzo dell'Assicurato in Italia un medico. Qualora nessuno dei medici della Rete

	<p>Esterna fosse immediatamente disponibile e sempre che l'intervento del medico sia urgente, la Compagnia potrà organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato il suo trasferimento in un Istituto di Cura mediante autovettura o autoambulanza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulanza per il trasporto in istituto di cura in Italia: qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza per un ricovero urgente, dal proprio domicilio all'Istituto di Cura più vicino, Mapfre provvede, su richiesta dell'Assicurato alla Centrale Operativa, ad inviare l'autoambulanza. • Recapito di medicinali urgenti all'estero: qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante sia introvabile sul posto, la Struttura Operativa provvede, a proprie spese, a far pervenire quanto necessario, con il mezzo più rapido. • Un familiare accanto: Quando l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio occorsi durante un viaggio la Struttura Organizzativa organizza e tiene a proprio carico il viaggio di andata e ritorno (treno 1a classe o aereo classe economica) del familiare, per consentirgli di recarsi presso l'Assicurato ricoverato in Istituto di cura. • Rientro sanitario: quando l'Assicurato, colpito durante un viaggio da infortunio o malattia, necessita di essere trasferito al proprio domicilio o ad un Istituto di Cura della sua regione attrezzato per la specifica patologia, la Compagnia organizza il suo trasferimento, tenendo a proprio carico il costo del trasporto del paziente, incluse le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino il paziente stesso. • Rientro del convalescente: Quando l'Assicurato convalescente, dopo un ricovero presso un Istituto di cura avvenuto per malattia o infortunio occorsi durante un viaggio, non è in grado di rientrare al proprio domicilio con il mezzo inizialmente previsto la Struttura Organizzativa organizza il rientro del convalescente sino al suo domicilio tenendo a proprio carico la relativa spesa. • Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato: quando l'Assicurato, a seguito di malattie o infortuni gravi, necessita di essere trasferito presso un Istituto di Cura specializzato per essere ricoverato, la Compagnia organizza il trasferimento presso un centro ospedaliero specializzato. • Un accompagnatore e/o un mezzo di trasporto: qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alle dimissioni da un Istituto di Cura in cui sia stato ricoverato a seguito di malattia o infortunio, necessiti di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per recarsi presso poliambulatori o istituti di cura la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il servizio. • Interprete a disposizione: qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero e si renda necessario un interprete, la Struttura Operativa provvederà a reperire tale interprete. • Consigli medici telefonici generici e specialistici: se l'Assicurato necessita di una consulenza medica generica o può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'Assicurato. • Informazioni sanitarie: la Struttura Organizzativa tramite la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a: centri antiveleni in Italia, vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali, medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia, farmacie di turno, Ospedali con PS pediatrico. • Invio di un fisioterapista (in Italia): se l'Assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio necessita di essere assistito da un fisioterapista.
--	---

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

<p>SEZIONE MALATTIA</p>	<p>Franchigia Opzionale Euro 900</p> <p>Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese previste sarà effettuato detraendo una franchigia pari a Euro 900,00.</p> <p>La scelta di questa opzione comporta uno sconto del 5% sul premio della garanzia base. pari a Euro 900,00.</p> <p>Franchigia Opzionale Euro 1.800</p> <p>Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese previste sarà effettuato detraendo una franchigia pari a Euro 1.800,00.</p> <p>La scelta di questa opzione comporta uno sconto del 10% sul premio della garanzia base.</p>
<p>SEZIONE ASSISTENZA</p>	<p>Massimale Unico per Nucleo Familiare</p> <p>La somma assicurata deve intendersi il massimo esborso per anno assicurativo e per la totalità delle persone assicurate, nominativamente individuate in polizza e rientranti nella voce di Glossario "Nucleo Familiare".</p>

	<p>La selezione di tale garanzia comporta uno sconto sui premi delle garanzie “Rimborso Spese Sanitarie” o “Grandi Interventi Chirurgici”, “Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia” e “Visite specialistiche” della seguente entità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fino a due persone assicurate sconto del 7%; • tre persone assicurate sconto del 15%; • quattro persone assicurate sconto del 20%; • cinque o più persone assicurate sconto del 25%.
PENALE IN CASO DI VIOLAZIONE DELL'ACCORDO	Non prevista.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
SEZIONE MALATTIA	<p>Indennità giornaliera da convalescenza: prevede un'indennità giornaliera in caso di convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di cura o intervento chirurgico in day Hospital.</p> <p>Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia: l'Impresa rimborsa le spese – non rientranti in altre garanzie – sostenute dal Contraente/Assicurato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i trattamenti di fisiochinesiterapia resi necessari a seguito di infortunio; • gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio. <p>Visite specialistiche (valida se operante la garanzia Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia): l'Impresa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per onorari di visite specialistiche, escluse quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche.</p>
SEZIONE ASSISTENZA	<p>OPZIONE PLUS - Seconda Opinione Medica</p> <p>La Compagnia, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'Assicurato il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.</p> <p>La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, ed effettuerà la SECONDA OPINIONE MEDICA mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'Assicurato.</p>



Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI SEZIONE MALATTIA	<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>
RISCHI ESCLUSI SEZIONE ASSISTENZA	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste le seguenti Esclusioni	<p>Malattia</p> <p>L'assicurazione non comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> le conseguenze dirette di infortuni, nonché le malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione; 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 ed alle relative prove ed 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, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo);
---	---

- d) **gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto;**
- e) **gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;**
- f) **le prestazioni per l'accertamento e l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni;**
- g) **le malattie mentali**, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- h) **le prestazioni per intossicazioni** conseguenti ad abuso di alcolici ed a uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) **il parto e l'aborto**, le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- j) **le prestazioni aventi finalità estetiche** (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio), nonché quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie, le lenti a contatto e gli occhiali, la cheratomia radiale fino a tre diottrie di miopia e/o tre diottrie di astigmatismo miotico;
- k) **le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo**, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- l) **eventi causati da guerra**, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- m) **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;
- n) **le patologie varicose** manifestate secondo giudizio medico prima della stipulazione della polizza;
- o) **gli infortuni** derivanti in modo diretto o indiretto dallo svolgimento delle attività tipiche del **servizio svolto nelle Forze Armate o dell' Ordine;**
- p) **le manifestazioni cliniche** e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti **sindromi organiche cerebrali e psicosi** in genere, loro complicità e conseguenze.

L'assicurazione non comprende:

- fisioterapie e cure rieducative e termali, medicinali;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.

Le garanzie prestate non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'Assicurato.

Assistenza

La copertura non è operante per i Sinistri provocati o dipendenti da:

- a) **guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici** aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) le prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in **stato di belligeranza dichiarata** o di fatto;
- c) **dolo** dell'Assicurato;
- d) **suicidio** o tentato suicidio;
- e) **Infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività:** alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive estreme e/o svolte a titolo professionale;
- f) **Malattie** nervose e mentali, Malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Assicurato (Malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;
- g) **Malattie e Infortuni** conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- h) **rinuncia o ritardo da parte dell'Assicurato** nell'accettare le prestazioni proposte dalla Struttura organizzativa;
- f) salvo i casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto alle prestazioni fornite dall'Impresa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura organizzativa al verificarsi del Sinistro.

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)	
	Sezione Malattia				
	Prestazioni sanitarie relative a intervento chirurgico con o senza ricovero quando erogate all'Assicurato da strutture e medici non convenzionati o in strutture convenzionate ma con medici non convenzionati per Adenoidectomia, Appendicectomia, Ernie addominali, Emorroidectomia, Safenectomia radicale e Tonsillectomia	Non previsto	Non prevista	Fino alla concorrenza dei limiti per sinistro di Euro 5.000 relativamente alle spese per l'equipe operatoria (le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente)	
	Prestazioni sanitarie relative a intervento chirurgico con o senza ricovero quando erogate all'Assicurato da strutture e medici non convenzionati o in strutture convenzionate ma con medici non convenzionati per gli altri interventi chirurgici	20% con il minimo di Euro 1.000 ed il massimo di Euro 3.000	Non previsto	Non previsto	
	Prestazioni sanitarie relative a ricovero senza intervento chirurgico erogate all'Assicurato da strutture e medici non convenzionati o in strutture convenzionate ma con medici convenzionati	Non previsto	Non prevista	Le spese omnicomprensive per l'intera equipe medica che presta assistenza sono rimborsate, per ciascun giorno di degenza, con il limite giornaliero di: Ricoveri in terapia intensiva/subintensiva o di unità coronarica Euro 600 Ricoveri per cure oncologiche Euro 600 Altri ricoveri Euro 250 (le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente)	
Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero o intervento (entro 90 giorni dal ricevimento o intervento)	20% (con il minimo di Euro 100 per sinistro se le spese sono state sostenute presso strutture e medici non convenzionati)	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)
Spese per Diagnostica, chemioterapia e radioterapia	20% (con il minimo di Euro 100 per sinistro se le spese sono state sostenute presso strutture e medici non convenzionati)	Non prevista	Non previsto
Spese acquisto per sostituzione apparecchi terapeutici e protesi applicati durante l'intervento determinate da necessità medica	Non previsto	Non prevista	Euro 3.500
Spese sanitarie per dialisi	Non previsto	Non prevista	30 applicazioni
Prestazioni sanitarie precedenti ad un ricovero o ad un intervento	Non previsto	Non prevista	90 giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico purché inerenti
Prestazioni sanitarie successive ad un ricovero o ad un intervento	Non previsto	Non prevista	120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico purché inerenti
Trasporto dell'Assicurato con ambulanza	Non previsto	Non prevista	Euro 3.500
Vitto in istituto di cura di un accompagnatore	Non previsto	Non prevista	Massimo 60 giorni per intervento
Pernottamento in struttura alberghiera all'estero di un accompagnatore (nel caso in cui possa pernottare nell'Istituto di cura)	Non previsto	Non prevista	Euro 2.500
Protesi dentarie	Non previsto	Non prevista	Euro 7.000 per sinistro
Parto non cesareo e aborto terapeutico	Non previsto	Non prevista	Euro 5.000 per sinistro (Euro 1.000 in caso di parto in casa) Spese precedenti e successive al ricovero: Euro 500 per sinistro
Parto cesareo	Non previsto	Non prevista	Euro 10.000 per sinistro (Euro 1.000 in caso di parto in casa)

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 sostitutiva del rimborso (ricovero in Istituto di cura a totale carico SSN)	Non previsto	Non prevista	Euro 200 per ogni pernottamento (con massimo 100 pernottamenti per anno)
Indennità sostitutiva del rimborso (in day hospital a totale carico SSN)	Non previsto	Non prevista	Euro 100 per ogni pernottamento (con massimo 100 pernottamenti per anno)
Cure termali	Non previsto	Non prevista	Praticate nei 120 giorni successivi al ricovero e/o intervento chirurgico
Cure figli neonati ed adottati	Non previsto	Non prevista	Fino a 335 giorni di vita o affidamento
Assistenza domiciliare per malattie terminali (fornita da idonee strutture sanitarie)	Non previsto	Non prevista	Euro 250 per ogni giorno (massimo 120 giorni per anno)
Assistenza domiciliare per malattie terminali (infermieristica professionale)	Non previsto	Non prevista	Euro 150 per ogni giorno (massimo 90 giorni per anno)
Assistenza infermieristica privata	Non previsto	Non prevista	Fino a 90 giorni dopo il ricovero Euro 3.500 all'anno (Euro 5.000 in caso di trapianto d'organo)
Diagnostica, chemioterapia e radioterapia (per trattamenti di chemioterapia e radioterapia)	Non previsto	Non prevista	Euro 7.000
Diagnostica, chemioterapia e radioterapia (angiografia, risonanza magnetica nucleare, densitometria ossea computerizzata, scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche, TAC)	Non previsto	Non prevista	Euro 1.200
Ricovero presso centri di disintossicazione o alcolismo	Non previsto	Non prevista	Euro 200 (fino ad un massimo di 100 giorni)
Cure AIDS	Non previsto	Non prevista	Euro 7.000

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)
Ricovero istituto per cure mentali	Non previsto	Non prevista	Euro 200 (fino ad un massimo di 100 giorni)
Check-up	Non previsto	Euro 150 (a partire dal secondo)	Dopo i 30 anni d'età, check-up ogni due anni a decorrere dal terzo anno di vita del contratto
Franchigia opzionale	Non previsto	Limitatamente alle prestazioni erogate all'Assicurato da medici chirurghi convenzionati, il rimborso delle spese sarà effettuato detraendo una franchigia pari a Euro 900 o Euro 1.800 a seconda dell'opzione scelta	In caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva del rimborso, la stessa viene corrisposta dall'ottavo giorno di ricovero fermo il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in day hospital)
Grandi Interventi chirurgici	Non previsto	Non previsto	Garanzia valida per i rimborsi oggetto dell'Assicurazione sostenute esclusivamente in occasione di Grandi Interventi Chirurgici individuati in apposito elenco
Indennità giornaliera da convalescenza successiva a ricovero e/o intervento chirurgico in day hospital	Non previsto	Non prevista	Euro 150 al giorno (per un massimo di 150 giorni per anno e con il limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero)
Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia	20% (con il minimo di Euro 100 per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti)	Non prevista	Euro 3.000 per anno
Visite specialistiche	20% (con il minimo di Euro 100 per ogni visita specialistica)	Non prevista	Massimo Euro 3.000 per anno, escluse visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche

Sezione Assistenza

Un medico a casa	Costo a carico assicurato nel caso di invio medico fuori orari stabiliti	Non prevista	Il costo a carico della Compagnia nei giorni feriali dalle 20 alle 8, sabato e prefestivi dalle 14 alle 24, nei festivi 24 ore su 24
Ambulanza per il trasporto in istituto di cura in Italia	Non previsto	Non prevista	Massimo Euro 200 per evento

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)
Recapito di medicinali urgenti all'estero	Il costo dei medicinali a totale carico dell'Assicurato	Non prevista	La prestazione non è operante se sono reperibili in loco specialità equivalenti o se le specialità richieste non sono registrate in Italia. L'Impresa tiene a proprio carico le spese relative al reperimento ed al recapito dei medicinali
Un familiare accanto	Spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare	Non prevista	Viaggio andata e ritorno del familiare
Rientro sanitario	Escluse spese cerimonia funebre	Non prevista	Massimo Euro 2.600 per evento
Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato	Non previsto	Non prevista	Massimo Euro 26.000
Un accompagnatore e/o un mezzo di trasporto	Non previsto	Non prevista	Qualora l'assicurato, nei 30 giorni successivi alle dimissioni, necessiti di un accompagnatore e/o mezzo di trasporto: massimo Euro 500 per anno assicurativo e per singolo assicurato
Interprete a disposizione	Non previsto	Non prevista	Euro 150 per anno assicurativo e singolo assicurato
Invio di un fisioterapista (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Euro 260 per periodo di copertura assicurativa
Seconda Opinione Medica	Non previsto	Non prevista	Massimo Euro 500 per periodo di copertura assicurativa per acquisto biglietto aereo per assicurato e eventuale accompagnatore in caso di consulenza tramite videoconferenza



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Sezione Assistenza

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, telefonando al numero Verde: 800.06.96.27 oppure nel caso si trovi all'estero al numero +39 015.255.97.41.

	<p>Ricorso a strutture e medici convenzionati</p> <p>L'Assicurato che si avvale dei Servizi Convenzionati deve concordare preventivamente con la Centrale Operativa il ricorso agli istituti di cura ed ai medici con essa convenzionati. Le modalità da seguire per ottenere le prestazioni sanitarie senza dover anticipare alcun pagamento (fatti salvi le franchigie, gli scoperti ed i limiti di rimborso contrattualmente previsti) sono le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Contattare la Centrale Operativa (numero verde dall'Italia 800.069.841 – dall'estero +39.015.255.96.57), fornendo i dati identificativi, al fine di poter accedere alla prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi prescelti. La chiamata alla Centrale Operativa è obbligatoria per poter usufruire del pagamento diretto. 2) Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, occorre presentare la Carta Servizi e contestualmente compila il "Modulo di presa in carico", che riporta gli obblighi dell'Impresa e dell'assicurato verso la struttura sanitaria scelta ed i medici chirurghi scelti; la stessa varrà come denuncia di sinistro. 3) Da questo momento in poi si occuperà di tutto l'Impresa: dalla raccolta della documentazione sanitaria al pagamento delle strutture e dei medici. <p>In questo caso, l'Assicurato delega l'Impresa a pagare o a far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla polizza.</p> <p>Ricorso a strutture o medici non convenzionati</p> <p>L'Assicurato che non si avvale dei Servizi Convenzionati deve, appena possibile, dare avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.</p> <p>La denuncia del sinistro, redatta utilizzando l'apposito modulo di rimborso, reperibile presso l'Agenzia presso cui è stato stipulato a cui è appoggiato il contratto e/o sul sito istituzionale www.vittoriaassicurazioni.com, deve essere inviata all'Impresa unitamente alla certificazione medica sulla natura della infermità.</p> <p>L'Assicurato in caso di ricovero od intervento chirurgico ambulatoriale deve fornire copia della cartella clinica completa, integrata dalle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli accertamenti diagnostici e delle altre prestazioni sanitarie in garanzia, anche se precedenti o successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.</p> <p>In caso di accertamento diagnostico o di altra prestazione sanitaria non collegata ad un ricovero o ad un intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e gli esiti degli accertamenti diagnostici.</p> <p>L'Assicurato deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzati, oppure copia degli stessi.</p> <p>Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio – ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione</p> <p>Sono previsti interventi di assistenza diretta o in convenzione da parte di "MAPFRE ASISTENCIA ITALIA" – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BL).</p> <p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Relativamente alle garanzie di Assistenza, la gestione dei sinistri è affidata a "MAPFRE ASISTENCIA ITALIA" – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BL).</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>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono indicazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Pagamento del Sinistro</p> <p>Verificata l'operatività della garanzia, accertata la legittimazione, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il sinistro, Mapfre provvederà al rimborso entro 30 giorni, inviando l'apposito atto di transazione e quietanza.</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>- Modalità pagamento</p> <p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p> <p>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.</p>
----------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Frazionamento 3% di aumento per il frazionamento semestrale; 4% di aumento per il frazionamento quadrimestrale; 5% di aumento per il frazionamento trimestrale. - Mensilizzazione 6% di aumento per il frazionamento mensile (concedibile solo qualora il Contraente aderisca al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit); nessun aumento per il frazionamento mensile in caso di adesione al sistema di pagamento tramite Addebito Continuativo su Carta di Credito. - Indicizzazione Obbligatoria.
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 che intendono avvalersi di una copertura assicurativa che rappresenti una valida alternativa alla sanità pubblica, facilitando così l'accesso ai servizi offerti dalle cliniche private avvalendosi di specialisti altamente qualificati. Questo prodotto è particolarmente adatto funzionari dirigenti non coperti da coperture simili, Liberi professionisti lavoratori autonomi.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al **22,92%**.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	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). Il Servizio Reclami, quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.
----------------------------------	--

<p style="text-align: center;">All'IVASS</p>	<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"> a. 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; b. 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; c. 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; d. 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 style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">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>

**Altri sistemi
alternativi di
risoluzione delle
controversie**

- Arbitrato

Il presente contratto non prevede la possibilità di ricorrere ad Arbitrato per la risoluzione di controversie tra le Parti.

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.

In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Perito, mentre le spese del terzo Perito sono ripartite a metà.

In ogni caso è sempre possibile per il Contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per eventuali richieste di informazioni in merito al rapporto assicurativo, diverse dai reclami, è possibile:

- contattare il numero verde 800.016611;
- inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@vittoriaassicurazioni.it.

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.