

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. "RIMBORSO SPESE SANITARIE COLLETTIVA DA INFORTUNIO E MALATTIA 01/21"

Il presente documento è stato redatto in data 01/01/2021
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 31/12/2017 il patrimonio netto dell'impresa ammonta a € 729.529.712, il capitale sociale a € 67.378.924 e le riserve patrimoniali a € 583.705.626.

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 € 424.976.542 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 918.359.447, il requisito patrimoniale minimo (MCR) pari a € 191.239.444 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 915.256.915 e l'indice di solvibilità (Solvency Ratio) pari a 216,1%.

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



Che cosa è assicurato?

SEZIONE MALATTIA

La polizza garantisce i rimborsi delle spese sostenute dagli Assicurati per le cure sanitarie, a seguito di infortuni o malattia. Le prestazioni sanitarie di cui l'Impresa si fa carico vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato, contattando preventivamente la Struttura Operativa.

È possibile estendere la copertura assicurativa anche al nucleo familiare del lavoratore.

La sottoscrizione della polizza è riservata ad aziende che intendono assicurare oltre 10 persone.

È previsto un rimborso per le spese (quali onorari equipe, diritti di sala operatoria, assistenza medica e infermieristica, cure e accertamenti diagnostici, rette di degenza nel caso di ricoveri; accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche) sostenute dall'Assicurato in caso di prestazioni correlate a:

- **Ricovero con o senza intervento chirurgico;**
- **Day hospital con o senza intervento chirurgico;**
- **Intervento ambulatoriale;**
- **Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico;**
- **Intervento chirurgico odontoiatrico** (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma);
- **Intervento di chirurgia refrattiva** (miopia con differenziale tra occhi superiore a quattro diottrie o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a otto diottrie).
- Per le **prestazioni di pronto soccorso**, vengono rimborsate le spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbia comportato ricovero.
- **Trasporto Sanitario:** se in Italia, vengono rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura o di trasferimento da un istituto ad un altro con mezzo di trasporto sanitario; se all'estero, con qualunque di mezzo di trasporto anche non sanitario.

	<ul style="list-style-type: none"> • Rimpatrio della salma: vengono rimborsate le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia; • Ticket SSN - ospedaliero: vengono rimborsate le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione assicurata. <p>Il contratto prevede inoltre, con riferimento al solo ricovero, indennità sostitutive del rimborso a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (qualora le spese siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico), nonché l'anticipo di indennizzi in caso di Grande Intervento Chirurgico.</p>
<p style="text-align: center;">SEZIONE ASSISTENZA</p>	<p>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.</p> <p>Per "Struttura Organizzativa" si intende la struttura costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto dell'Impresa al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico dell'Impresa.</p> <p>Ogni Prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.</p> <p>Descrizione delle prestazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informazioni sanitarie La Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assicurato, tramite la propria equipe medica fornirà informazioni, nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> - vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali; - medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia; - assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE; - ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura; - strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni; - consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti; - diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.). • Consigli medici telefonici: nel caso l'assicurato necessiti di una consulenza medica generica o specialistica, può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa; • Invio di un medico generico a domicilio o di un'ambulanza: se, a seguito di malattia o infortunio trovandosi in Italia, l'assicurato necessitasse di un medico, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; • Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso: se, a seguito di malattia o infortunio, l'assicurato necessitasse di un trasporto in ambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente; • Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato e rientro: se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che non risulti curabile nella provincia di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a prenotare l'istituto di cura italiano o estero più attrezzato, organizzare il trasporto e assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico. La Struttura Organizzativa, seguito dimissioni dopo degenza, provvederà anche al rientro dell'assicurato con spese a carico dell'Impresa; • Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura: se, a seguito di malattia o infortunio, durante un ricovero, l'assicurato necessitasse di essere assistito da un infermiere, provvederà la Struttura Organizzativa; • Invio di medicinali urgenti: se, a seguito di malattia o infortunio, l'assicurato necessitasse urgentemente di specialità medicinali commercializzate in Italia ma irrimediabili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido; • Invio di un infermiere a domicilio: se l'assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà al reperimento; • Invio di un fisioterapista: se, a seguito di malattia o infortunio, l'assicurato necessitasse di essere assistito da un fisioterapista, l'Impresa rimborserà parte della spesa; • Rientro sanitario (anche dall'estero): se, a seguito di malattia o infortunio, le condizioni dell'assicurato rendono necessario il suo trasporto in ospedale in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà con il mezzo più idoneo; • Rientro anticipato: la Struttura Organizzativa provvederà a fornire all'assicurato un biglietto ferroviario o aereo per raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia un familiare.

	<ul style="list-style-type: none"> • Recupero e rimpatrio salma: se, a seguito di malattia o infortunio, l'assicurato è deceduto, la Struttura Organizzativa effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura. • Prolungamento del soggiorno all'estero: se l'assicurato in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo. • Rientro degli altri assicurati. • Assistenza di un interprete all'estero: se, a seguito di ricovero in ospedale per malattia o infortunio, l'assicurato incontra delle difficoltà nel comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete. • Viaggio di un familiare e spese di soggiorno: se a seguito di malattia o infortunio, l'assicurato necessitasse di un ricovero prolungato, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto ferroviario o aereo per raggiungere l'assicurato ricoverato. • Anticipo spese mediche: se l'assicurato deve sostenere delle spese mediche impreviste, la Struttura Organizzativa anticipa il pagamento delle fatture a esse relative. • Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente: se l'assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi, a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa invierà un infermiere per assistere tale familiare. • Accompagnamento di minori: se l'assicurato in viaggio accompagnato da minori di 15 anni purché assicurati, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, in seguito a malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa fornisce un biglietto aereo o ferroviario per permettere ad un familiare di raggiungere i minori. • Baby-sitter per minori: se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato oppure è temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby-sitter e l'Impresa terrà a proprio carico le spese. • Collaboratrice familiare: se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato ed è temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare e l'Impresa terrà a proprio carico le spese. • Consulenza pediatrica: se l'assicurato, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio, necessita di un consulto telefonico urgente, può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa. • Seconda Opinione Medica: l'Impresa, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di "Seconda Opinione Medica" per una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute.
--	--

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

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<p>SEZIONE MALATTIA</p>	<p>Specialistiche extra_ricovero / trattamenti ambulatoriali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cure e diagnostica di alta specializzazione: si tratta di esami di alta specializzazione, terapie attinenti a patologie oncologiche, terapie varie e endoscopie non comportanti biopsia, tutte identificate da apposito elenco. • Visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio: esami e onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante, assistenza infermieristica domiciliare, fisioterapia prescritta da medico specialista, agopuntura e logopedia, medicinali prescritti dal medico. • Trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio. • Cure dentarie da infortunio e malattia. • Prevenzione dentaria: un componente del nucleo familiare ha diritto ogni 365 giorni ad una ablazione dentaria in forma diretta in network odontoiatrico convenzionato. I restanti membri assicurati del nucleo familiare possono beneficiare di tariffe agevolate. • Acquisto di lenti e occhiali, comprese le montature o lenti a contatto correttive non "usa e getta". • Ticket SSN – extraospedaliere: vengono rimborsate le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per ogni singolo tipo di prestazione assicurata. • Grandi interventi chirurgici (identificati da apposito elenco, compreso il trapianto e l'espanto di organi).
--------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Indennità giornaliera in caso di gessatura: nei casi di infortunio indennizzabili a termini di polizza, viene corrisposta l'indennità da gessatura per ciascun giorno. • Indennità giornaliera in caso di ricovero: in caso di ricovero dell'assicurato reso necessario da infortunio, malattia, parto ed aborto terapeutico, viene corrisposta l'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero.
SEZIONE ASSISTENZA	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



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 possono accedere alle prestazioni persone (dipendenti/soci-amministratori ed eventuali familiari) che abbiano già compiuto i 65 anni di età. Inoltre, non sono assicurabili i dipendenti/soci amministratori del Contraente e coniugi/conviventi more uxorio di età superiore a 70 anni.</p>
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste le seguenti Esclusioni	<p>Sezione Malattia</p> <p>L'assicurazione non comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. qualora l'Impresa abbia richiesto la compilazione del Questionario Sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - le patologie preesistenti ivi dichiarate e, in ogni caso, non comprese in garanzia mediante specifico atto contrattuale; - le patologie preesistenti sottaciute all'Impresa all'atto della sottoscrizione; 2. gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura, nonché le relative conseguenze; 3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; 4. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatria; 5. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, fisioterapia (salvo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta); 6. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; 7. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici, ad eccezione di quelle infermieristiche e di quelle fisioterapiche effettuate da studio professionale regolarmente autorizzato; 8. le prestazioni di medicina alternativa o non convenzionale, i trattamenti e farmaci sperimentali; 9. le prestazioni determinate da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate, nonché da malattie sessualmente trasmesse; 10. gli infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; 11. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose; 12. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; 13. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; 14. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); 15. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
---	--

16. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
17. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
18. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
19. le applicazioni di carattere estetico;
20. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per tumori maligni;
21. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
22. l'interruzione volontaria della gravidanza;
23. le cure e gli accertamenti odontoiatrici/ortodontici e le protesi dentarie (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
24. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 3 anni assicurati dalla nascita;
25. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
26. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dall'Opzione Assicurativa prescelta;
27. i disordini alimentari (anoressia nervosa, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità;
28. protesi e presidi ortopedici ed acustici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero che comporti intervento chirurgico e in caso di ricovero in regime di Day Hospital;
29. trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;
30. lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
31. gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

Sezione Assistenza

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

- 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;
- le prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- 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;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- 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;
- malattie e Infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- rinuncia o ritardo da parte dell'Assicurato nell'accettare le prestazioni proposte dalla Struttura organizzativa;
- 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			
Intervento chirurgico odontoiatrico	20% con un minimo di Euro 750 per intervento, nel caso di interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta	Non prevista	Le spese sono rimborsate nel limite massimo di Euro 5.000
Ricovero con/senza intervento	Non previsto	Non prevista	Nelle rette di degenze non sono comprese le spese voluttuarie; per assistenza infermieristica, limite di Euro 50 al giorno per massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico. In caso le prestazioni siano a totale carico del SSN viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero. Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, si potrà scegliere tra l'indennità sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico
Prestazioni in Pronto Soccorso	Non previsto	Non prevista	Limite di Euro 1.000 per evento per spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero
Indennità sostitutiva	Non previsto	Non prevista	In caso di prestazioni a carico SSN, oltre ad indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero e per day hospital, vengono rimborsate gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche nei giorni precedenti e nei giorni successivi al termine del ricovero
Rimpatrio salma	Non previsto	Non prevista	Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione
Indennità giornaliera da ricovero	Non previsto	In caso di ricovero con degenza diurna (Day Hospital con/senza intervento) l'indennità giornaliera viene dimezzata	In caso di ricovero, viene corrisposta l'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero

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)
Interventi chirurgici plafonati	L'eventuale scoperto viene applicato una sola volta, sull'intero ammontare della spesa	Non prevista	Ove nello stesso ricovero vengano effettuati due interventi compresi nell'elenco indicato, si applica il plafond a 100% per l'intervento principale e al 70% per quello secondario

Sezione Assistenza

Trasporto in ambulanza In Italia	Non previsto	Non prevista	La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico un importo pari a quello necessario per compiere un percorso di km 300
Assistenza infermieristica presso istituto di cura	Non previsto	Non prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di Euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Invio medicinali urgenti	Restano a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali	Non prevista	Non previsto
Invio infermiere a domicilio	Non previsto	Non prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di Euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Invio fisioterapista	Non previsto	Non prevista	L'Impresa rimborsa l'importo di Euro 300 per periodo di copertura assicurativa qualora l'assicurato si rivolga ad un centro convenzionato, limite ridotto a Euro 250 nel caso di fisioterapista non convenzionato
Rientro sanitario	Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che possono essere curate sul posto e le malattie infettive	Non prevista	Non previsto
Rientro anticipato	Non previsto	Non prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di Euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Recupero e rimpatrio salma	Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di Euro 10.000 con sottolimito di Euro 2.000 per eventuali spese per recupero salma

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)
Prolungamento soggiorno all'estero	Non previsto	Non prevista	L'Impresa tiene a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo 5 giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un massimo di Euro 100 al giorno. La prestazione è operante quando il sinistro si verifica all'estero
Rientro altri assicurati	Non previsto	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico il costo del biglietto fino ad un massimo di Euro 500 per assicurato
Assistenza di un interprete	Non previsto	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico le spese per un massimo di 8 ore lavorative per sinistro
Viaggio di un familiare e spese di soggiorno	Non previsto	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione per un familiare, fino ad un massimo per sinistro di Euro 100 per notte per massimo 3 notti
Anticipo spese mediche	Non previsto	Non prevista	La Struttura Organizzativa anticipa il pagamento delle fatture fino ad un importo massimo di Euro 500 per sinistro; l'importo delle fatture pagate non potrà mai superare Euro 2.600. La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre km 50 dal comune di residenza dell'Assicurato
Invi di un infermiere per familiare non autosufficiente	Non previsto	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di Euro 500 per sinistro
Baby-sitter per minori	Non previsto	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di Euro 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro
Collaboratrice familiare	Non previsto	Non prevista	In caso di ricovero per più di 5 giorni, l'Impresa terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di Euro 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro
Seconda Opinione Medica	Non previsto	Non prevista	L'Impresa tiene a proprio carico le relative spese sino ad un massimo di Euro 500 per periodo di copertura assicurativa



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

Se il sinistro è inerente alla **Sezione Malattia**:

L'Impresa, per il tramite della Struttura Operativa di **Mapfre Warranty S.p.A** mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di convenzionamento diretto per prestazioni da effettuarsi presso qualificate strutture sanitarie convenzionate in Italia ed all'estero (Assistenza "Diretta").

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle strutture sanitarie e delle equipe mediche e chirurgiche convenzionate – assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione – è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza e fatto comunque salvo il pagamento a suo carico degli eventuali importi previsti in polizza per franchigie, scoperti o altre limitazioni al pagamento secondo le modalità dell'Assistenza "Diretta".

Nel caso invece l'Assicurato decida di avvalersi di strutture o professionisti medici non convenzionati, il rimborso a termini di polizza verrà effettuato secondo le modalità dell'Assistenza "Indiretta".

La corrispondenza (quale documentazione sanitaria o di spesa) deve essere indirizzata dall'Assicurato, tramite lettera raccomandata, a:

Mapfre Warranty S.p.A – Strada Trossi n. 66 – 13871 Verrone (BI)

Assistenza "Diretta": ricorso a strutture e medici convenzionati con Mapfre Warranty S.p.A

Per accedere al servizio di Assistenza Diretta, l'Assicurato deve seguire la procedura di Preattivazione come di seguito illustrata.

A) SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA E DELLA EQUIPE MEDICO/CHIRURGICA DI FIDUCIA:

l'Assicurato individua la struttura sanitaria convenzionata più adatta alle proprie esigenze consultando l'elenco delle strutture convenzionate con Mapfre Warranty S.p.A sul sito

www.vittoriaassicurazioni.com Area Privati – Sezione Salute e Benessere

oppure contattando la Struttura Operativa al numero

800 – 069.841 (numero verde) +39 015 255.96.57 (numero dall'estero)

La Struttura Operativa verifica presso la struttura sanitaria che anche l'equipe medica o chirurgica che seguirà il paziente assicurato risulti convenzionata.

B) PREATTIVAZIONE:

(relativamente alle prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere e/o ambulatoriali)

Una volta identificata struttura ed eventuale equipe, l'Assicurato deve – almeno 24 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione – inviare alla Struttura Operativa al numero di fax:

015 255.96.66 o indirizzo e_mail: gsm.vittoria@mapfre.com

Il "Modulo di richiesta pagamento diretto" compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.

Il "Modulo di richiesta pagamento diretto" è disponibile sul sito www.vittoriaassicurazioni.com Area Privati – Sezione Salute e Benessere.

La Struttura Operativa comunicherà all'Assicurato la conferma dell'avvenuta autorizzazione all'Assistenza Diretta.

C) ACCETTAZIONE PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA:

al momento dell'ingresso nella struttura, l'Assicurato deve firmare per accettazione il "Foglio di garanzia" nel quale vengono indicati gli eventuali importi (scoperti, franchigie ecc.) o tipologie di spese che rimangono a termini di polizza a suo carico e che quindi lo stesso dovrà saldare direttamente all'atto della dimissione.

Assistenza "Indiretta": ricorso a strutture o medici non convenzionati con MAPFRE Warranty S.p.A

Qualora non ci si avvalga dei Servizi Convenzionati con MAPFRE WARRANTY SPA o non si sia concordato preventivamente con MAPFRE WARRANTY SPA l'attivazione dell'Assistenza "Diretta", il Contraente o l'Assicurato devono, entro 6 mesi dalla data dell'evento, dare avviso scritto del sinistro, secondo quanto stabilito dagli artt. 1910, 1913 e 1915 del Codice Civile.

A tal scopo, dovrà essere inviato a MAPFRE WARRANTY SPA il "Modulo richiesta di rimborso spese mediche", compilato in ogni sua parte e corredato della documentazione sanitaria richiesta.

Il "Modulo richiesta di rimborso spese mediche" è disponibile sul sito www.vittoriaassicurazioni.com Area Privati – Sezione Salute e Benessere.

La denuncia del sinistro deve essere inviata a MAPFRE WARRANTY SPA unitamente alla certificazione medica sulla natura della infermità.

	<p>L'Assicurato deve fornire, in caso di ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dagli originali delle 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, day hospital o ad un intervento chirurgico ambulatoriale, l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico curante completa di diagnosi attestante la malattia (accertata o presunta) per la quale si richiede la prestazione, oppure l'infortunio.</p> <p>L'Assicurato deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzati.</p> <p>Qualora intervengano il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto all'Assicurato.</p> <p>Se il sinistro è inerente alla Sezione Assistenza:</p> <p>Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, contattare la Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, telefonando al numero Verde: 800.069.841 oppure nel caso si trovi all'estero al numero +39 015.255.96.57.</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione</p> <p>Relativamente alla Sezione Malattia, sono previsti interventi di assistenza diretta o in convenzione tramite "MAPFRE WARRANTY SPA" – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI).</p> <p>Relativamente alla Sezione Assistenza, sono previsti interventi di assistenza diretta o in convenzione da parte di "MAPFRE ASISTENCIA ITALIA" – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI).</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Relativamente alla Sezione Malattia, la gestione dei sinistri è affidata a MAPFRE WARRANTY SPA - Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI).</p> <p>Relativamente alle garanzie di Assistenza, la gestione dei sinistri è affidata a "MAPFRE ASISTENCIA ITALIA" – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI).</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 WARRANTY SPA provvederà al rimborso entro 30 (trenta) giorni, inviando l'apposito atto di transazione e quietanza.</p>

<p>Quando e come devo pagare?</p>	
<p>Premio</p>	<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. - Adeguamento Non è previsto alcun adeguamento del premio e delle somme assicurate.
<p>Rimborso</p>	<p>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.</p>

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



A chi è rivolto questo prodotto?

È un prodotto diretto alle piccole e medie imprese che intendono assicurare una o più categorie di lavoratori, scegliendo tra le diverse "opzioni assicurative" offerte per ciascuna categoria professionale.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al **13,61%**.

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 – e_mail 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;

	<p>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;</p> <p>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> <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>
--	---

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

<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. 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.