

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. "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA 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	<p>Si tratta di un'assicurazione che garantisce a ciascun assicurato il pagamento di un indennizzo a seguito di invalidità Permanente (riduzione permanente dell'attitudine dell'assicurato a svolgere una qualsiasi attività) determinata da malattia.</p> <p>I postumi invalidanti sono riconosciuti in base a parametri riportati in polizza, secondo le diverse patologie e gravità delle stesse.</p>
SEZIONE ASSISTENZA	<p>La presente sezione garantisce l'erogazione delle seguenti prestazioni:</p> <p>- Assistenza extra</p> <p>La struttura organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'assicurato, tramite la propria equipe medica fornirà:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informazioni e consigli medici telefonici generici e specialistici;• Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura nel caso in cui l'assicurato necessiti l'assistenza di un infermiere a seguito di una malattia che causi invalidità permanente;• Invio di medicinali urgenti;• Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici (in Italia);• Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso;• Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato;• Rientro dal centro ospedaliero attrezzato a seguito di dimissioni ospedaliere.

	<ul style="list-style-type: none"> - Convalescenza e riabilitazione <ul style="list-style-type: none"> • Invio di un infermiere a domicilio (in Italia), se successivamente al ricovero l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica; • Invio di un fisioterapista (in Italia), se a seguito di malattia o infortunio, indipendentemente da ricovero, l'Assicurato necessita dell'assistenza di un fisioterapista; • Fornitura di attrezzature medico chirurgiche (in Italia), quali stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico e materasso antidecubito. - In viaggio <ul style="list-style-type: none"> • Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia), qualora a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a dieci giorni; • Anticipo spese mediche (in Italia), ove l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente; • Rientro sanitario (anche dall'estero). - Single <ul style="list-style-type: none"> • Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente (in Italia), se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. - Famiglia <ul style="list-style-type: none"> • Baby-sitter per minori (in Italia), se l'Assicurato a seguito di ricovero sia impossibilitato ad accudire i figli (minori di 15 anni di età). <p>Le suddette prestazioni vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato e per il tramite e con l'assistenza di una Struttura Organizzata specializzata. Per ottenere le prestazioni è obbligatorio contattare la Centrale Operativa.</p> <p>Ogni Prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.</p> <p>Tutte le Prestazioni assistenza non possono essere fornite più di 3 (tre) volte per periodo di copertura assicurativa. Le Prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero.</p>
--	---

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO

SCONTO POLIENNALITÀ	Il premio del presente contratto tiene conto della riduzione per poliennalità.
SCONTO PER CONDIZIONI PARTICOLARI	La condizione particolare "Franchigia opzionale al 65%" prevede uno sconto sulla garanzia base.
PENALE IN CASO DI VIOLAZIONE DELL'ACCORDO	Non prevista.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

SEZIONE MALATTIA	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.
SEZIONE ASSISTENZA	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI	<p>Indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.</p> <p>Non sono assicurabili inoltre le persone di età superiore a 65 anni.</p>
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

**Sono previste
le seguenti
Esclusioni**

Sezione Malattia

La garanzia non opera per:

- a) le conseguenze di malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Le patologie dichiarate nel questionario sanitario predisposto dalla Compagnia e non esplicitamente escluse dalla stessa, si intendono invece comprese, fermo comunque quanto previsto ai successivi punti del presente articolo;
- b) invalidità permanente conseguente a difetti fisici e malformazioni;
- c) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- d) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;
- f) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- g) eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- h) le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate.
- i) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

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

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 o colpa grave 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 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.

Limiti di copertura Sezione Malattia

L'ammontare dell'indennizzo dipende dal grado di invalidità permanente accertato:

- per postumi inferiori al 25% non è previsto indennizzo alcuno;
- per postumi superiori al 74% l'assicurato percepisce l'intera somma assicurata;
- per postumi riguardanti le fasce intermedie sono previste, in base a delle valutazioni medico legali, le seguenti percentuali di indennizzo sulla somma assicurata: 15%, 30%, 45%, 60%, 70%.

In caso di forma tumorale che comporti, al momento della valutazione, una prognosi favorevole a breve termine per la vita dell'assicurato, perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché presente una diffusione metastatica, entro 15 giorni dalla data della prognosi, viene corrisposto un indennizzo pari a 1/3 della somma assicurata.

Qualora un sinistro indennizzabile a termini di polizza colpisca contemporaneamente più assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico dell'Impresa non potrà superare la somma complessiva di Euro 2.500.000.

Relativamente all'individuazione dei parametri per la valutazione dell'Invalidità Permanente per le malattie neoplastiche i postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscono, verranno valutati in base ai seguenti:

- Criteri di valutazione
 - gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
 - la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
- a) se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'Invalidità Permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nel presente punto;
- b) se la malattia neoplastica, decorsi anche soltanto tre mesi dalla denuncia del sinistro, determini una prognosi, accertata contrattualmente, a breve termine sfavorevole per la vita dell'Assicurato medesimo, perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà corrisposta una somma, a titolo forfettario di rimborso per spese mediche, oppure per mancato guadagno, per assistenza, o per quant'altro possa necessitare all'Assicurato ancora in vita.

Tale speciale indennizzo ammonterà a 1/3 (un terzo) della somma assicurata e verrà corrisposto entro 15 giorni da quello della prognosi.

Decorsi 180 giorni dalla data di detto pagamento, all'assicurato ancora in vita verrà corrisposto un 2° indennizzo speciale, anche in questo caso pari a 1/3 (un terzo) della somma assicurata. Dopo ulteriori 180 giorni dalla data del 2° pagamento, all'assicurato ancora in vita verrà corrisposto un ulteriore ed ultimo importo pari a 1/3 della somma assicurata.

Il criterio sopra esposto si intende operante anche se l'assicurato ha optato per l'opzione rendita.

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)
Invalidità permanente accertata	Non previsto	Nessun indennizzo qualora il grado accertato sia inferiore al 25%	Non previsto
Polizze cumulative	Non previsto	Non previsto	Euro 2.500.000
Regolazione del premio (comunicazione tardiva dati)	Non previsto	<ul style="list-style-type: none"> • Euro 5.000 nei 30 giorni successivi alla scadenza del termine indicato per la comunicazione dei dati • Euro 10.000 decorsi 30 giorni di cui sopra 	Non previsto
Franchigia opzionale 65%	Non previsto	Nessun indennizzo qualora il grado accertato sia inferiore al 65%	Non previsto
Adeguamento garanzia	Non previsto	Non prevista	Doppio importi inizialmente stabiliti con il massimo di Euro 600.000
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

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)
Invio infermiere a domicilio (in Italia)	Non previsto	Non prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di Euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Invio fisioterapista (in Italia)	Non previsto	Non prevista	L'Impresa rimborsa l'importo di Euro 300 per periodo di copertura assicurativa
Rientro sanitario	Non previsto	Non prevista	Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che possono essere curate sul posto e le malattie infettive
Fornitura di attrezzature medico chirurgiche (in Italia)	Non previsto	Non prevista	La Struttura Organizzativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso sino ad un massimo di Euro 500 per sinistro e per anno, tenendo il costo a carico dell'Impresa. La garanzia è operante esclusivamente in Italia
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
Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato necessita di un ricovero per più di 10 giorni, 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 (in Italia)	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
Invio 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

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)
Baby-sitter per minori	Non previsto	Non prevista	Se l'assicurato a seguito malattia o infortunio viene ricoverato per più di 5 giorni ed è temporaneamente invalido, 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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>- Se il sinistro è inerente alla Sezione Malattia</p> <p>I sinistri devono essere denunciati alla Direzione dell'Impresa o all'agenzia presso cui è stato stipulato il contratto entro 30 giorni da quando la malattia, che per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata, è stata diagnosticata e sempreché la malattia stessa non si sia manifestata oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per ogni singolo assicurato.</p> <p>La denuncia deve essere presentata direttamente dall'assicurato o dal Contraente o, se l'evento è ignorato dal Contraente, quando l'assicurato o gli aventi diritto ne hanno la possibilità.</p> <p>Alla denuncia di sinistro deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della malattia.</p> <p>Inoltre, devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di invalidità permanente.</p> <p>L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>- Se il sinistro è inerente alla Sezione Assistenza</p> <p>Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 800 069 841 in funzione 24 ore su 24; • oppure al numero: +39 015 255 96 57 nel caso si trovi all'estero. <p>Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di Sinistro.</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>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono indicazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Obblighi dell'impresa	Pagamento del sinistro Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato nei termini di 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto.
------------------------------	--

Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Modalità pagamento Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. Il presente contratto non prevede il ricorso a tecniche di vendita multilevel marketing e specifici mezzi di pagamento dei premi da parte dei componenti della rete. - Frazionamento 3% di aumento per il frazionamento semestrale; 4% di aumento per il frazionamento quadrimestrale; 5% di aumento per il frazionamento trimestrale. - 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. - Adeguamento Relativamente alla Sezione Malattia, per le coperture stipulate in forma nominativa, il premio per ciascun Assicurato è determinato in funzione dell'età ed è previsto l'adeguamento del contratto in funzione del coefficiente di invecchiamento dell'Assicurato previsto in polizza nonché della variazione dell'indice ISTAT "servizi sanitari e spese per la salute". Per la Sezione Assistenza, non è previsto alcun adeguamento.
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 desiderano salvaguardarsi dalle conseguenze economiche che possono verificarsi conseguentemente ad una malattia che impedisca loro di svolgere al meglio la propria attività lavorativa.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al **18,69%**.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami, Via Ignazio Gardella, n. 2 – 20149 Milano (fax 02/40.93.84.13 – email servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it).</p> <p>Il Servizio Reclami, quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.</p>
<p>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"> i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità e alla quantificazione delle prestazioni assicurative, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'IVASS provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti; i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'IVASS provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza; i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB – Via G.B. Martini 3 – 00198 Roma; i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP – Piazza Augusto Imperatore, 27 – 00186 Roma – Italia. <p>In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.</p> <p>Resta in ogni caso salva la facoltà del Cliente di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La mediazione obbligatoria è un istituto che si avvale dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010 n. 28. La richiesta di mediazione nei confronti di Vittoria Assicurazioni S.p.A., deve essere depositata presso un Organismo di Mediazione tra quelli indicati nel sito ANIA, raggiungibile tramite il link www.ania.it/CONSUMATORI/Mediazione.html. Le materie in cui la mediazione risulta obbligatoria sono quelle in tema di "condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazioni, comodato, affitto di aziende, risarcimento di danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari". Nelle materie in cui esiste l'obbligatorietà della mediazione le parti dovranno necessariamente farsi assistere da un avvocato. La procedura è facoltativa per le controversie in materia di risarcimento dei danni da circolazione di veicoli o natanti.</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>È una modalità alternativa di soluzione delle controversie regolata dalla Legge 10 novembre 2014 n. 162, in vigore dal 9 febbraio 2015, che ha introdotto l'obbligo di tentare la conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con cui si intende chiedere un pagamento – a qualsiasi titolo – di somme inferiori a 50.000 euro, fatta eccezione</p>

	<p>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.