

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 CLASSIC 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

La garanzia prevede, in caso di ricovero o intervento chirurgico conseguente a malattia o infortunio, il pagamento delle spese mediche sostenute dall'Assicurato nel limite dei capitali concordati, indipendentemente dalla struttura sanitaria cui ci si rivolge (clinica privata o ospedale pubblico).

In caso di ricovero (anche in day hospital) o intervento chirurgico anche ambulatoriale conseguenti a infortunio o malattia sono rimborsate le spese per l'intervento chirurgico quali gli onorari dell'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, rette di degenza, prestazioni sanitarie erogate durante il ricovero o l'intervento come l'assistenza medica ed infermieristica, il costo dei medicinali e degli accertamenti diagnostici.

Sono inoltre rimborsate, con applicazione di scoperti e limiti di indennizzo, le spese per:

- in caso di ricovero a totale carico del SSN, con dei limiti, è prevista un'indennità sostitutiva del rimborso per ogni pernottamento o giorno di ricovero in day hospital;
- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento e nei 120 giorni successivi;
- trattamenti di chemioterapia e radioterapia per la cura di neoplasie maligne a carattere invasivo;
- cure e protesi dentarie conseguenti ad infortunio o neoplasia;
- interventi di chirurgia plastica ricostruttiva conseguenti ad infortunio o neoplasia;
- trasporto in ambulanza dell'Assicurato;
- parto o aborto terapeutico;
- cure ai figli neonati ed adottati per i primi 365 giorni di vita.

In caso di trapianti di organi, le garanzie prestate a favore dell'assicurato ricevente operano anche per il ricovero ospedaliero relativo al donatore.

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

SCONTI	Per nucleo familiare, sono previsti sconti a seconda del numero delle persone assicurate.
SCONTO POLIENNALITÀ	Il premio del presente contratto tiene conto della riduzione per poliennalità.
PENALE IN CASO DI VIOLAZIONE DELL'ACCORDO	Non prevista.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

SEZIONE MALATTIA	<p>È possibile ampliare le prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• Visite specialistiche e Assistenza diagnostica: garantisce il rimborso delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici anche quando tali visite non sono inerenti a ricovero o interventi, ma semplicemente prescritte dal medico curante);• Grandi Interventi Chirurgici: viene elevata la somma assicurata in polizza per i rimborsi delle prestazioni sostenute in occasione di interventi di alta chirurgia;• Retta dell'accompagnatore: prevede il rimborso, fino al limite giornaliero pattuito, delle spese per il vitto e il pernottamento in istituto di cura dell'accompagnatore;• Assistenza infermieristica ospedaliera: è garantito il rimborso, fino al limite giornaliero pattuito, delle spese per l'assistenza fornita da personale infermieristico durante il ricovero;• Indennità giornaliera per convalescenza: si garantisce, in caso di convalescenza successiva ad un ricovero o ad un intervento chirurgico in day hospital, il pagamento di un'indennità a forfait o di una diaria giornaliera, dal giorno di dimissione fino a quello della guarigione clinica. <p>Sono previsti anche aumenti di premio in funzione del domicilio del Contraente, nel caso risulti a Milano, Roma, Genova o Torino.</p>
-------------------------	--



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste le seguenti Esclusioni	<p>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, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Si intendono invece comprese le patologie dichiarate e non espressamente escluse dalla Società con specifico atto contrattuale, fermo restando le esclusioni previste ai successivi punti;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);gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto;gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;le prestazioni per l'accertamento e l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni;
---	---

	<p>g) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad “esaurimento nervoso”;</p> <p>h) le prestazioni per intossicazione conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;</p> <p>i) l’aborto volontario non terapeutico, nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;</p> <p>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 (salvo che le protesi dentarie non siano rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o infortunio comprovato da referto del pronto soccorso), le lenti a contatto e gli occhiali, la cheratomia radiale fino a tre diottrie di miopia e/o tre diottrie di astigmatismo miotico;</p> <p>k) 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;</p> <p>l) eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;</p> <p>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;</p> <p>n) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della polizza;</p> <p>o) gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell’Ordine.</p> <p>p) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.</p> <p>Inoltre le garanzie della sezione non comprendono, salvo quanto espressamente previsto dall’oggetto dell’assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fisioterapie e cure rieducative e termali, medicinali; • l’acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici. <p>Le garanzie prestate non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell’Assicurato.</p>
--	---

Limiti di copertura	Garanzia o bene colpito da sinistro <small>(se assicurato in base a quanto risulta in polizza)</small>	Scoperto <small>(per sinistro, salvo diversa indicazione)</small>	Franchigia <small>(per sinistro, salvo diversa indicazione)</small>	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento <small>(per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)</small>
	Ricovero, anche in day hospital, o intervento chirurgico anche ambulatoriale	Non previsto	Non prevista	Rimborso delle spese sostenute per onorari dell’equipe, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, rette di degenze fino Euro 250, assistenza medica, ostetrica e infermieristica, cure (con limite per dialisi di 15 applicazioni per anno), fisiochinesiterapia, medicinali, accertamenti effettuati durante il ricovero o intervento chirurgico
	Indennità sostitutiva del rimborso (spese a carico SSN)	Non previsto	Non prevista	Per ogni pernottamento: Euro 100 con massimo 50 giorni per anno; per ogni giorno di ricovero in day hospital: Euro 60 per massimo 50 giorni per anno
	Prestazioni sanitarie precedenti o successive a ricovero o intervento	20% con minimo Euro 50 per ogni sinistro	Non prevista	Limite massimo pari a Euro 2.500 per persona e anno

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)
Cure e protesi dentarie	Non previsto	Non prevista	Rimborso massimo Euro 3.000 per sinistro
Trasporto dell'assicurato con ambulanza	Non previsto	Non prevista	Rimborso massimo Euro 1.500 per anno
Parto non cesareo e aborto terapeutico	Non previsto	Non prevista	Euro 2.500 per sinistro
Parto cesareo	Non previsto	Non prevista	Euro 5.000 per sinistro
Trapianti di organi	Non previsto	Non prevista	Non si applicano le modalità previste per l'erogazione delle prestazioni sanitarie nonché la limitazione relativa alle rette di degenza
Prestazioni sanitarie in caso di ricovero (anche in day hospital) senza intervento chirurgico	Non previsto	Non prevista	Importo massimo di rimborso per le prestazioni sanitarie erogate durante il ricovero e per rette di degenza é determinato nel seguente modo: con degenza fino a tre giorni Euro 3.000; con degenza da quattro a sette giorni Euro 5.000; con degenza da otto a quindici giorni Euro 7.500; con degenza oltre quindici giorni Euro 12.500
Prestazioni sanitarie in caso di intervento chirurgico con o senza ricovero	20%. L'importo dello scoperto non potrà essere superiore a Euro 1.500 per ogni sinistro	Non prevista	Non previsto
Condizioni particolari			
Visite specialistiche e assistenza diagnostica	20% con minimo Euro 50 per ogni sinistro	Non prevista	Rimborso fino al limite di Euro 2.500 per persona e anno
Grandi Interventi Chirurgici	Non previsto	Non prevista	Non si applicano le modalità previste per l'erogazione delle prestazioni sanitarie nonché la limitazione relativa alle rette di degenza
Retta dell'accompagnatore	Non previsto	Non prevista	Rimborso per un massimo di 60 giorni per anno e per persona
Assistenza infermieristica ospedaliera	Non previsto	Non prevista	Rimborso per un massimo di 30 giorni per anno e per persona

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Scoperto (per sinistro, salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro, salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa Indicazione)
Indennità giornaliera per convalescenza	Non previsto	Non prevista	Indennità a forfait di Euro 500 nel caso di degenza continuativa per massimo 10 giorni; indennità giornaliera di Euro 100 dal giorno successivo alle dimissioni nel caso di degenza continuativa per più di 10 giorni. L'indennità giornaliera verrà corrisposta per massimo 60 giorni per anno e con limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia presso la quale è stata stipulata la polizza oppure all'Impresa entro 5 giorni da quando ne abbia avuto la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso. La denuncia del sinistro deve essere inviata unitamente alla certificazione medica sulla natura delle infermità.</p> <p>L'Assicurato deve fornire, in caso di ricovero 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 successive 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.</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/Contraente.</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>Relativamente alle coperture malattia non sono previsti interventi di assistenza diretta o in convenzione.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Non prevista.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 C.C.</p>
	<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>A cura ultimata, la liquidazione del sinistro viene effettuata – inviando apposito atto di transazione e quietanza – entro 30 giorni dal ricevimento da parte dell'Impresa del certificato di guarigione o di equivalente dichiarazione da parte dell'Assicurato, salvo che siano emersi motivi d'inoperatività della garanzia.</p>	



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Modalità pagamento Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. Il presente contratto non prevede il ricorso a tecniche di vendita multilevel marketing e specifici mezzi di pagamento dei premi da parte dei componenti della rete. - Frazionamento 3% di aumento per il frazionamento semestrale; 4% di aumento per il frazionamento quadrimestrale; 5% di aumento per il frazionamento trimestrale; 6% di aumento per il frazionamento mensile con addebito sul conto corrente; nessun aumento per il frazionamento mensile in caso di adesione al sistema di pagamento tramite Addebito Continuativo su Carta di Credito. - Adeguamento È previsto l'adeguamento del contratto in funzione della variazione dell'indice ISTAT "servizi sanitari e spese per la salute" e in base al coefficiente di invecchiamento dell'Assicurato previsto in polizza.
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 e pubbliche.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto, è pari al **23,27%**.

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).
----------------------------------	--

	<p>Il Servizio Reclami, quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.</p>
AII'IVASS	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it.</i></p> <p>Possono inoltre essere presentati direttamente all'IVASS, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti: l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni – e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.</p> <p>In particolare i reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.</p> <p>Non rientrano nella competenza dell'IVASS:</p> <ol style="list-style-type: none"> i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità e alla quantificazione delle prestazioni assicurative, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'IVASS provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti; i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'IVASS provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza; i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB – Via G.B. Martini 3 – 00198 Roma; i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP – Piazza Augusto Imperatore, 27 – 00186 Roma – Italia. <p>In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.</p> <p>Resta in ogni caso salva la facoltà del Cliente di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
Mediazione	<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>
Negoziazione assistita	<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	<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 NON 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.