

Assicurazione rimborso spese mediche a vita intera

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

Italiana Assicurazioni



Salute & Senzatempo - Formula Rimborso Spese Mediche

Edizione 07/2021 (Ultimo aggiornamento 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.

Società Italiana Assicurazioni S.p.A., società assicuratrice in forma di società per azioni, fondata nel 1889, iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione, appartenente al Gruppo Reale Mutua.
Sede legale e direzione generale in Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano - Italia
Telefono 02/397161 - fax 02/3271270 - Sito Internet: www.italiana.it - E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it
Posta Elettronica Certificata (PEC): italiana@pec.italiana.it
Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/4/1923, n. 966, convertito nella legge 17/4/1925 n. 473, ed iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 701 milioni di euro, di cui 58 milioni di euro relativi al capitale sociale e 644 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: <https://www.italiana.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 359,8 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 161,9 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 956,4 milioni di euro;
- solvency ratio: 265,8%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'impegno della Società sarà limitato ai massimali e alle somme assicurate concordati con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Franchigia fissa su ogni sinistro	A seguito di ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza, si prende atto che il rimborso delle spese avverrà previa detrazione di una franchigia fissa su ogni sinistro nella misura indicata nella scheda di polizza.
Scoperto fuori network	In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici non convenzionati con Blue Assistance, o di utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance, la Società rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate fino alla concorrenza del 70%, restando a carico dell'Assicurato uno scoperto del 30% per sinistro.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Retta per l'accompagnatore	Rimborso delle spese sostenute per vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria.
Persone assicurabili	La garanzia può essere estesa alla persona indicata con età inferiore a 18 o superiore a 65 anni previa valutazione da parte della Società.
Estensione discipline sportive	La garanzia viene estesa agli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare e relative prove e allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza della disciplina sportiva indicata nella scheda di polizza, previa valutazione da parte della Società.
Spese pre e post ricovero senza intervento chirurgico	Sono comprese in garanzia visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 100 giorni precedenti e successivi ad un ricovero senza intervento chirurgico conseguente a malattia o infortunio, purché queste prestazioni siano ad esso inerenti.



Che cosa non è assicurato?

SEZIONE MALATTIE

L'assicurazione non comprende:

- ✗ le malformazioni e anomalie congenite;
- ✗ le malattie, infortuni, e loro conseguenze dovuti a:
 - ◆ atti dolosi tentati o compiuti dall'Assicurato,
 - ◆ risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, terrorismo e sabotaggio, operazioni militari, insurrezioni,
 - ◆ movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali,
 - ◆ malattie e infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- ✗ la sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ le prestazioni aventi finalità estetiche, fitoterapiche e dimagranti e le relative conseguenze;
- ✗ le protesi in genere nonché acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici;
- ✗ i soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;
- ✗ la riabilitazione e fisioterapia non conseguente a intervento chirurgico;
- ✗ gli aborti, salvo le cure per aborto terapeutico effettuate entro il territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ le prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;
- ✗ i medicinali non iscritti alla farmacopea, come pure i preparati non riconosciuti;
- ✗ gli onorari dei medici non autorizzati ad esercitare la professione;
- ✗ la correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, ecc.).

SEZIONE ASSISTENZA

La Società non eroga le prestazioni della presente sezione qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:

- ✗ forme maniaco depressive, disturbi paranoici, schizofrenia, epilessia, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ prestazioni aventi finalità estetiche e relative conseguenze;
- ✗ guerra, insurrezione, operazioni militari, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e altre calamità naturali se è stato dichiarato lo "stato di calamità naturale";
- ✗ atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
- ✗ infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Le prestazioni non sono fornite in quei paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarato o di fatto.



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE MALATTIE

Garanzia Rimborso spese mediche

Evento/Prestazione	Somma assicurata per evento/prestazione	Limiti temporali
A) RICOVERO PER MALATTIA O INFORTUNIO	Fino alla concorrenza dell'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"	
B) INTERVENTO CHIRURGICO	Classe di intervento (Per individuarla vedi Appendice 2 delle Condizioni di Assicurazione)	% da applicare all'importo indicato alla Voce 2
	1	10%
	2	25%
	3	35%
	4	70%
5	100%	
C) DAY HOSPITAL	Fino alla concorrenza di due volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"	
D) DAY SURGERY	Classe di intervento (Per individuarla vedi Appendice 2 delle Condizioni di Assicurazione)	% da applicare all'importo indicato alla Voce 2
	1	10%
	2	25%
	3	35%
	4	70%
5	100%	30 giorni precedenti e 60 giorni successivi all'intervento chirurgico.
E) SPESE PRE E POST RICOVERO	Fino alla concorrenza di sei volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"	100 giorni precedenti e successivi al ricovero con intervento chirurgico.
F) PARTO	Rimborso fino alla concorrenza di € 5.000 per parto naturale o fisiologico Rimborso fino alla concorrenza di € 7.500 per parto cesareo	
G) TRASPORTO IN STRUTTURA SANITARIA	Fino alla concorrenza di sei volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"	
H) RICOVERI PER ICTUS CEREBRALE E INFARTO DEL MIOCARDIO	In aggiunta a quanto previsto per il ricovero viene messo a disposizione un ulteriore importo pari alla Voce 3 "Massimale integrativo"	
I) RIABILITAZIONE E FISIOTERAPIA	Fino alla concorrenza di quindici volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie" se l'intervento chirurgico è stato effettuato in regime di ricovero. Fino alla concorrenza del 50% l'importo indicato al precedente comma se l'intervento chirurgico è stato effettuato in regime di day surgery.	Durante o nei 100 giorni successivi ad un intervento chirurgico
J) INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO	In alternativa alle Voci 1, 2 e 3: indennità giornaliera pari al 50% dell'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"	
K) MALATTIE ONCOLOGICHE	Fino alla concorrenza annua di dieci volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"	

L) ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIE TERMINALI	Fino alla concorrenza di € 240 al giorno.	Massimo di 100 giorni per anno assicurativo.
M) ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA	Fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo	Durante o nei 100 giorni successivi ad un ricovero
N) CURE DENTARIE A SEGUITO D'INFORTUNIO	Fino alla concorrenza annua dell'importo indicato per la Voce 3 "Massimale integrativo" per anno assicurativo	
O) RICOVERI D'URGENZA	In aggiunta a quanto previsto per il ricovero e per l'intervento chirurgico, la prestazione di cui alla Voce 3 "Massimale integrativo" s'intende triplicata	
P) SUPPORTO PSICOLOGICO	Fino alla concorrenza annua di tre volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie"	
Q) PREVENZIONE	In caso di utilizzo di poliambulatori non convenzionati con Blue Assistance, o di utilizzo di poliambulatori convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance, la Società rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato, con il massimo di € 200.	Prestazione usufruibile con cadenza biennale da ciascun Assicurato.
R) ALTA DIAGNOSTICA	Fino alla concorrenza annua di € 2.500 per anno assicurativo	

Per la prestazione Alta diagnostica è previsto uno scoperto del 10% con il minimo di € 50.

Garanzia Raddoppio prestazioni per grandi interventi chirurgici:

Evento/Prestazione	Somma assicurata per evento/prestazione
Intervento chirurgico (rientrante nell'elenco dei Grandi interventi chirurgici)	Massimale integrativo pari alla Voce 2 "Spese di intervento chirurgico" senza applicazione della % relativa alla classe di intervento chirurgico
Malattie oncologiche	Fino alla concorrenza annua di dieci volte l'importo indicato per la Voce 1 "Spese Sanitarie" in aggiunta a quanto previsto dalla garanzia Rimborso spese mediche, per un totale di venti volte la Voce 1

Garanzia Prestazione integrativa per interventi chirurgici:

Evento/Prestazione	Somma assicurata per evento/prestazione	
Intervento chirurgico	Classe di intervento (Per individuarla vedi Appendice 2 delle Condizioni di Assicurazione)	% da applicare al massimale integrativo scelto che si somma alla Voce 2
	1	10%
	2	25%
	3	35%
	4	70%
	5	100%

Rischi con particolari delimitazioni:

L'assicurazione comprende:

- gli interventi di chirurgia bariatrica resi necessari da uno stato patologico insorto in vigenza di polizza e gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni verificatisi in vigenza di polizza o da interventi demolitivi resi necessari da neoplasia maligna;
- le cure per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite del neonato, fino alla prima scadenza anniversaria della polizza, sempreché la madre assicurata non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.

SEZIONE ASSISTENZA**Limite massimo di indennizzo:**

Le prestazioni della presente Sezione sono fornite fino a 3 volte per ciascun tipo e per anno assicurativo.

In caso di permanenza continuativa all'estero, la garanzia Assistenza è operante fino a 60 giorni per anno assicurativo.

Prestazione	Limite/Massimale
Invio di un infermiere a domicilio	€ 200 per sinistro
Consegna spesa a domicilio	Utilizzabile nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero. Due ore ad intervento per un massimo di tre invi per ogni periodo post ricovero
Collaboratrice familiare	€ 200 per sinistro
Rientro sanitario	Oltre 50 km dalla residenza
Rientro con un familiare	Oltre 50 km dalla residenza
Anticipo spese mediche	Oltre 50 km dalla residenza. € 1.000 per sinistro
Viaggio di un familiare	Oltre 50 km dalla residenza
Accompagnamento minori	Oltre 50 km dalla residenza
Autista a disposizione	Oltre 50 km dalla residenza. € 500 per sinistro
Prolungamento del soggiorno	Oltre 50 km dalla residenza. Massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60 al giorno
Rientro salma	Oltre 50 km dalla residenza. € 3.000 per sinistro
Interprete a disposizione	Oltre 50 km dalla residenza. Massimo 8 ore lavorative dell'interprete.
Assistenza Domiciliare Integrata	Massimo 30 giorni dalla dimissione dalla struttura sanitaria
Medical Advice Program	Costi della visita specialistica e spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per sinistro



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro SEZIONE MALATTIE:</p> <p><u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE:</u> L'Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • telefonare almeno 3 giorni lavorativi prima della data del ricovero a Blue Assistance e ottenere l'autorizzazione al pagamento diretto. <p><u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE:</u> L'Assicurato deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • accedere alla propria area riservata dal sito https://www.italiana.it per creare una richiesta di rimborso, allegando la certificazione medica e di spesa, o in alternativa • dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza allegando la certificazione medica e di spesa. <p>SEZIONE ASSISTENZA: per attivare le prestazioni delle garanzie della presente sezione l'assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Il contratto prevede la possibilità di utilizzare strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance, presso cui l'Assicurato – previo accordo telefonico con la Centrale Operativa della stessa - può fruire dell'indennizzo diretto per le prestazioni comprese in garanzia.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Blue Assistance si occupa della gestione dei sinistri. L'assicurato può rivolgersi direttamente a Blue Assistance chiamando l'apposito numero verde 800 686472 (dall'Italia) o +39 011 7425733 (dall'estero).</p> <p>Prescrizione: Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazione inesatte e reticenti	<p>Qualora il Contraente e/o gli Assicurati dovessero trasferire residenza o domicilio all'estero sono obbligati a comunicarlo alla Società a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dal trasferimento. L'assicurazione, per l'Assicurato che si è trasferito, cesserà di avere validità alla fine dell'anno assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento e il premio di polizza sarà aggiornato, alla scadenza annuale del contratto, in base agli Assicurati rimasti in garanzia. Nel caso di polizza individuale (Contraente = Assicurato) il contratto cesserà al termine dell'annualità di premio. La presente disposizione non si applica nel caso in cui uno o più Assicurati dovessero trasferire residenza o domicilio temporaneamente all'estero (comunque per un periodo non superiore a 12 mesi), fermo restando l'obbligo di comunicazione.</p>
Obblighi dell'Impresa	<p>La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il contratto è indicizzato: ad ogni scadenza annuale le somme assicurate e il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione al numero indice "servizi sanitari e spese per la salute" rappresentato dalla media dei numeri indice "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto con il minimo del 2,5%.</p> <p>Puoi richiedere il frazionamento del premio: in tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite, con una tolleranza di trenta giorni. Il premio può essere frazionato mensilmente, trimestralmente, quadrimestralmente o semestralmente con un aumento del premio annuo del 3%.</p> <p>Il premio è comprensivo di imposte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per la sezione Malattie si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%; • per la sezione Assistenza si applica l'aliquota d'imposta del 10%.
Rimborso	<p>Qualora si manifesti una delle condizioni di non assicurabilità dopo l'incasso del premio, la persona cessa di essere assicurata: in questo caso il Contraente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto dell'imposta.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Carenze: La garanzia decorre dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni; - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie improvvise; - del 100° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di effetto dell'assicurazione; - del 270° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, purchè dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Nel caso di vendita a distanza è possibile recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, tramite raccomandata o posta elettronica certificata (PEC).
--	--



A chi è rivolto questo prodotto?

Clientela retail, con possibilità di estendere le coperture all'intero nucleo familiare, compresi i figli. Individui orientati alla sicurezza, con elevata propensione verso prodotti assicurativi, che intendono tutelare la propria salute e/o l'integrità fisica per tutta la vita, limitando gli esborsi economici a fronte di malattie o infortuni.



Quali costi devo sostenere?

Se il Contraente viene assicurato per la prima volta per questo rischio dalla Società l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari per il primo anno sul premio pagato è pari al 30% (dei premi contabilizzati dell'ultimo esercizio) e per gli anni successivi è pari al 24,3%.

Se il rischio è stato già assicurato negli ultimi 3 anni, l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari è sempre pari a 24,3% dei premi contabilizzati dell'ultimo esercizio.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami vanno inoltrati per iscritto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servizio "Benvenuti in Italiana" – Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano – Numero Verde 800.10.13.13 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02.39717001 – E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it <p>La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano. La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o in caso di risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, - via fax 06.42133353 oppure 06/42133745 - via pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it <p>corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo. Info su www.ivass.it</p>

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

Mediazione	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)
Negoziazione assistita	Si effettua tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Arbitrato: Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Commissione di Garanzia dell'Assicurato: Gli Assicurati di Italiana Assicurazioni hanno la possibilità di ricorrere ad un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" a tutela dei propri diritti in base ai contratti stipulati.</p> <p>La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Italiana Assicurazioni, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.</p> <p>Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione, Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.italiana.it</p> <p>Liti transfrontaliere: In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it</p>

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.