

# Assicurazione Rimborso spese mediche

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

Impresa: Assimoco S.p.A.



Prodotto: Rimborso spese mediche

Data ultimo aggiornamento: 01/01/2019 - il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo 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.

Assimoco S.p.A. – Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni Movimento Cooperativo - Sede legale e Direzione Generale: Centro Direzionale “Milano Oltre” Palazzo Giotto – Via Cassanese 224 - 20090 Segrate (MI) – Telefono 02/269621 - Fax 02/26920266 – [www.assimoco.it](http://www.assimoco.it) - PEC: [assimoco@legalmail.it](mailto:assimoco@legalmail.it) . Capitale Sociale € 107.000.000,00 i.v.. Registro Imprese di Milano e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151 – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 – G.U. n. 195 del 18.07.1979 - Albo Imprese IVASS n. 1. 00051. Società appartenente al “Gruppo Assimoco” (iscrizione all'Albo Gruppi IVASS al n. 051) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, si riportano in milioni di Euro: Patrimonio Netto € 162.348.853 di cui capitale sociale € 107.000.000 e totale delle riserve patrimoniali € 28.072.294.

Per ulteriori dettagli si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet [www.assimoco.it/gruppo/chi-siamo/informativa-economico-finanziaria](http://www.assimoco.it/gruppo/chi-siamo/informativa-economico-finanziaria). Si riportano qui di seguito i principali indicatori: requisito patrimoniale di solvibilità: € 82.314.943; Fondi di copertura € 217.540.465; Indice di solvibilità 264%; Requisito patrimoniale minimo € 37.041.724; Fondi propri a copertura € 213.586.202.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

### PRESTAZIONE A) - GRANDE INTERVENTO CHIURURGICO

È assicurato il rimborso **delle spese sanitarie** dovute a **Grande Intervento Chirurgico** relativamente a:

- ✓ Rette di degenza;
- ✓ Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento nonché degli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate nel corso dell'intervento;
- ✓ Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, oltre a medicinali ed esami relativi al periodo in cui il paziente è ricoverato;
- ✓ Accertamenti di tipo diagnostico (compresi gli onorari dei medici), le analisi di laboratorio, anche se effettuati fuori dall'istituto di Cura, nei 90 giorni precedenti la data di inizio del ricovero o dell'intervento chirurgico;
- ✓ Esami, prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, medicinali, nonché trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 180 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di Cura o alla rimozione della gessatura;
- ✓ Al donatore in caso di trapianto di organi;
- ✓ Trasporto effettuato con qualsiasi mezzo idoneo di pronto soccorso;
- ✓ Le rette per un accompagnatore;
- ✓ Assistenza infermieristica specifica in Istituto di Cura;
- ✓ Un'indennità di convalescenza giornaliera dal giorno delle dimissioni per un periodo pari a quello della degenza

Le prestazioni pre e post ricovero sopraindicate verranno rimborsate sino alla concorrenza massima del 10% del massimale,

### PRESTAZIONE B) - RICOVERO E RICOVERO CON INTERVENTO IN GENERE

È assicurato il rimborso **delle spese sanitarie** dovute a **Ricovero e/o Ricovero con Intervento Chirurgico** relativamente a:

- ✓ Rette di degenza;
- ✓ Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento nonché degli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate nel corso dell'intervento;
- ✓ Assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, oltre a medicinali ed esami relativi al periodo in cui il paziente è ricoverato;
- ✓ Accertamenti di tipo diagnostico (compresi gli onorari dei medici), le analisi di laboratorio, anche se effettuati fuori dall'istituto di Cura, nei 90 giorni precedenti la data di inizio del ricovero o dell'intervento chirurgico;
- ✓ Esami, prestazioni medico chirurgiche e infermieristiche, medicinali, nonché trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di Cura o alla rimozione della gessatura;
- ✓ Trattamento terapeutico da qualsiasi causa determinato, praticato in regime di ricovero ai neonati nei primi 30 giorni di vita;
- ✓ Trasporto effettuato con qualsiasi mezzo idoneo di pronto soccorso;
- ✓ Le rette per un accompagnatore;
- ✓ Assistenza infermieristica specifica in Istituto di Cura;

Le prestazioni pre e post ricovero sopraindicate verranno rimborsate sino alla concorrenza massima del 10% del massimale;

È altresì previsto il rimborso dalle spese relative a:

- ✓ Aborto terapeutico (comportante il ricovero), nonché aborto spontaneo o post-traumatico;

- ✓ Parto con taglio cesareo, comportante il ricovero;
- ✓ Parto naturale;

### CONDIZIONI COMUNI ALLA PRESTAZIONI A) E B)

Se tutte le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sarà corrisposta:

- ✓ un'indennità per ogni giorno di ricovero con pernottamento, pari al 1‰ (pro mille) della somma assicurata per persona, con il massimo, per ciascuna persona, di n. 90 pernottamenti per anno.  
La prima giornata di ricovero in istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora di ricovero o della dimissione.
- ✓ un'indennità pari al 0,5‰ (pro mille) della somma assicurata per ogni giorno di ricovero in day hospital, con il massimo di 45 giorni per anno.

L'indennità sostitutiva derivante da parto (naturale o con taglio cesareo) non verrà corrisposta al neonato.

### PRESTAZIONE C) - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

È assicurato il rimborso **delle spese sanitarie** dovute a:

- ✓ Visite specialistiche rese necessarie da malattia o infortunio **escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche**, ed incluse le visite neurologiche (**esclusi i trattamenti e le sedute di psicanalisi e le visite rese necessarie da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici**);
- ✓ Analisi di laboratorio nonché esami e accertamenti di tipo diagnostico e alta diagnostica se pertinenti e riferiti alla malattia o infortunio denunciati e che risultano da prescrizione del medico curante;
- ✓ T.A.C. dentarie, se richieste dal medico curante, che non devono essere necessarie ad effettuare cure dentarie, interventi implantologici e/o paradontici;
- ✓ Parto naturale domiciliare se effettuato con assistenza medica, incluse le spese di natura ostetrica;
- ✓ Le spese sopraindicate sono rimborsate anche nei casi di ricovero o intervento chirurgico se le prestazioni relative vengono effettuate prima o dopo i limiti temporali previsti per le prestazioni pre e post ricovero di cui alle Prestazioni A) e B);
- ✓ In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture con il medesimo convenzionate saranno rimborsati integralmente i tickets relativi alle prestazioni coperte dall'assicurazione.

#### OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Hai la facoltà di ridurre il premio annuo, scegliendo un'opzione di franchigia più alta rispetto a quella base prevista dall'assicurazione

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste dal prodotto



#### Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle indicate nel DIP



#### Ci sono limiti di copertura?

**!** Per alcune garanzie è previsto un limite di indennizzo, cioè l'importo massimo prestabilito con cui viene liquidato il danno.

Danni sempre esclusi

Sono escluse dal rimborso le seguenti spese sanitarie:

- ! Per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia
- ! Per le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza
- ! Per le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive
- ! Per la correzione di difetti visivi con trattamento laser ad eccimeri;
- ! Per l'intervento di deviazione del setto nasale, se non dovuto ad eventi di natura traumatica, escludendo altresì i casi di ipertrofia dei turbinati o poliposi;
- ! Per cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;
- ! Per terapie di fecondazione non fisiologica (assistita);
- ! Per atti dolosi da parte dell'assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;
- ! Per infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcoolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);
- ! Per le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a livello ricreativo: sport aerei in genere, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura;
- ! Per aborto volontario non terapeutico;
- ! Per eventi di natura e finalità di tipo estetico (con esclusione degli interventi di chirurgia plastica o di carattere stomatologica ricostruttiva e resi necessari a seguito di un infortunio o patologia tumorale);
- ! Per protesi dentarie in ogni caso, e le cure sia dentarie sia per paradontopatie quando non siano rese necessarie da eventi riconducibili ad un infortunio;
- ! Per le protesi di qualsiasi altro tipo (con esclusione delle endoprotesi applicate in occasione di interventi chirurgici) intendendo per tali a titolo puramente esemplificativo: apparecchi acustici, plantari, ecc;
- ! Per trattamenti sclerosanti;
- ! Per trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, fatto salvo quanto previsto alla prestazione a) e b)
- ! Per le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio-attivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ! Per le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- ! Per ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura.

#### ESEMPI DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA E DELLO SCOPERTO

##### Franchigia

Importo del danno: 1.000,00

Importo della franchigia: 100,00

Importo effettivamente liquidato:  $1.000,00 - 100,00 = 900,00$

##### Scoperto

Importo del danno: 1.000,00

Scoperto in percentuale: 20% dell'importo del danno = 200,00

Importo effettivamente liquidato:  $1.000,00 - 200,00 = 800,00$

#### ESEMPIO DI LIMITE DI RISARCIMENTO

Importo del limite di risarcimento: 1.000,00 massimo danno liquidabile

Importo del danno: 1.500,00

Importo effettivamente liquidato: 1.000,00 pari al limite di risarcimento



### Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<i>Denuncia del sinistro: hai l'obbligo di comunicare per iscritto entro i 10 successivi all'evento o al momento in cui ne vieni a conoscenza.</i>
	<b>Assistenza diretta / in convenzione: NON PREVISTA</b>
	<b>Gestione da parte di altre imprese: NON PREVISTA</b>
	<b>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</b>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto al DIP
Obblighi dell'impresa	<b>La Compagnia si impegna a pagare l'indennizzo a te dovuto entro un termine di 30 giorni dalla data in cui è in possesso di tutti gli elementi necessari alla sua liquidazione.</b>



### Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle indicate nel DIP
Rimborso	Non sono previsti casi di rimborso.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle indicate nel DIP
Sospensione	La copertura è sospesa se non paghi il premio al momento della stipulazione e/o alle successive scadenze di pagamento previste.
Carenza	Per la conseguenza malattia è prevista una carenza con scadenza dalle ore 24 del: <ul style="list-style-type: none"><li>- centottantesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dall'Assicurato nel Questionario Anamnestico ed accettati dalla Società;</li><li>- trecentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per il ricovero dovuto a parto naturale, per le malattie dipendenti da puerperio e per l'aborto terapeutico.</li></ul>



### Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle indicate nel DIP
Risoluzione	Non sono previsti casi di risoluzione del contratto.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a qualsiasi soggetto che desidera proteggere la sua salute e quella dei suoi famigliari in caso di eventi da infortunio o malattia che possano comportare esborsi economici imprevisti.



### Quali costi devo sostenere?

<b>Costi di intermediazione</b>	I costi di intermediazione sono pari al 24% calcolati sul premio imponibile
<b>Costi dei PPI</b>	Non previsti in quanto il prodotto non è abbinabile a finanziamenti.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>Eventuali reclami riguardanti la gestione del rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Premi e Gestione - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE MI; In alternativa via fax al numero 02-2696.2466, o via e-mail all'indirizzo: <a href="mailto:ufficioreclamipremi@assimoco.it">ufficioreclamipremi@assimoco.it</a>.</p> <p>Eventuali reclami riguardanti la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, al seguente indirizzo: Assimoco S.p.A. - Ufficio Reclami Sinistri - Centro Direzionale "MILANO OLTRE" - Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 SEGRATE MI; in alternativa via fax al numero 02-2696.2405, o via e-mail all'indirizzo: <a href="mailto:ufficioreclamisinistri@assimoco.it">ufficioreclamisinistri@assimoco.it</a>.</p> <p>Prima di inoltrare un reclamo, è opportuno verificare sul sito istituzionale della Compagnia: <a href="http://www.assimoco.it">www.assimoco.it</a> sezione dedicata ai Reclami, che i recapiti non siano cambiati.</p> <p>La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami. Per poter dar seguito alla trattazione della pratica è necessario che il reclamo contenga:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>il numero di polizza o il numero di sinistro;</li><li>il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</li><li>l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li><li>la chiara e sintetica esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela;</li><li>ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li></ol> <p>Si precisa che il trattamento dei dati sopra indicati avverrà ai sensi e nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 in materia dei dati personali.</p> <p>Sarà cura dell'Ufficio Reclami, effettuati gli opportuni approfondimenti e verifiche, fornire una risposta entro il termine massimo di quarantacinque giorni, con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito ai comportamenti degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori.</p> <p>Ricordiamo che la gestione dei reclami relativi ai comportamenti di un intermediario Agente, dei suoi dipendenti e collaboratori, compete ad Assimoco S.p.A.</p> <p>Spetta, invece, all'intermediario Banca (iscritto nella Sez. D del Registro Unico Intermediari) la gestione dei reclami che hanno ad oggetto i comportamenti dei suoi dipendenti o collaboratori, in particolare, quelli attuati in violazione delle regole di comportamento di cui agli artt. da 46 a 53 del Regolamento ISVAP n° 5/2006. In questo caso, l'esponente dovrà inoltrare il reclamo direttamente all'intermediario Banca ai recapiti indicati nel suo sito</p>
----------------------------------	---

	<p>internet istituzionale. Sarà cura dell'intermediario Banca fornire risposta entro il termine di 45 giorni dal suo ricevimento.</p> <p>È possibile trovare informazioni sulla gestione dei reclami, incluse le modalità di presentazione, le modalità di comunicazione e le tempistiche di risposta, anche nell'allegato 4 che viene consegnato dall'intermediario prima della sottoscrizione della proposta, o qualora non prevista, della conclusione del contratto.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di mancata risposta nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'Autorità di Vigilanza inoltrando il reclamo a: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, oppure trasmettendolo via fax al numero 06-42.133.206, o via e-mail certificata (PEC) all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it</p> <p>Il reclamo indirizzato ad IVASS deve contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>dati anagrafici del reclamante, indirizzo postale, se disponibile anche indirizzo PEC, con eventuale recapito telefonico;</li> <li>l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li> <li>una breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;</li> <li>la copia del reclamo presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</li> <li>ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li> </ol> <p>Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> alla sezione "Per i Consumatori" sotto-sezione "Reclami" "Guida ai Reclami", ove è anche possibile trovare il modulo che l'esponente può utilizzare.</p> <p>Eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi, possono essere presentati direttamente all'IVASS secondo le modalità sopra indicate. Si evidenzia inoltre che, in relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.</p>
<p><b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b></p>	
<b>Mediazione</b>	<p>Nel caso di controversia insorta in tema di contratti assicurativi, bancari e finanziari il decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 ha reso obbligatorio l'esperimento del tentativo di mediazione come condizione di procedibilità dell'eventuale giudizio.</p> <p>La Mediazione è un procedimento di composizione stragiudiziale delle controversie che si svolge alla presenza di un professionista terzo (mediatore) con la finalità di ricercare un accordo amichevole attuabile anche attraverso la formulazione di una proposta per la risoluzione della lite.</p> <p>La richiesta di Mediazione deve obbligatoriamente essere attivata, prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli Organismi di Mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia (<a href="http://www.mediazione.giustizia.it">www.mediazione.giustizia.it</a>).</p> <p>Il procedimento di mediazione ha una durata massima stabilita dalla legge di tre mesi.</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>È un tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole regolato dalla Legge 10 novembre 2014 n. 162.</p> <p>Va promossa prima di iniziare una causa con cui si intenda chiedere un pagamento a qualsiasi titolo di somme non superiori a € 50.000,00 (escluse le controversie nelle quali è prevista la mediazione obbligatoria), nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per ottenere il risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli e natanti.</p>

	<p>La parte, prima di iniziare una causa ed a pena di improcedibilità, deve attivare la procedura di negoziazione assistita, avvalendosi obbligatoriamente dell'assistenza di un avvocato iscritto all'albo.</p> <p>Questo invita l'impresa di assicurazione a stipulare una convenzione di negoziazione assistita. Una volta comunicato l'invito, l'impresa può aderire o rifiutare entro 30 giorni da quando lo ha ricevuto.</p> <p>a) Se non aderisce o rifiuta, può essere iniziata la causa.</p> <p>b) Se aderisce, le parti con i loro avvocati redigono la convenzione stabilendo il termine per svolgere la procedura (non inferiore ad un mese, né superiore a tre mesi) e precisando l'oggetto della controversia.</p> <p>i. Se la procedura si chiude senza che le parti abbiano trovato un accordo, si può iniziare la causa.</p> <p>ii. Se invece viene raggiunto un accordo che compone la lite, questo ha valore esecutivo.</p>
<p><b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b></p>	<p><b>Perizia contrattuale e arbitrato :</b></p> <p>Il contratto prevede che le parti possono devolvere la risoluzione di una controversia tra essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio periti e/o arbitri.</p> <p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto ( <i>individuabile accedendo al sito internet <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a></i>), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'Ivass che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.</p>

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**