

Assicurazione Indennità di Degenza

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



Impresa: Assimoco S.p.A.

Prodotto: Protetto Malattia

Data ultimo aggiornamento: 31/03/2021 - 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 Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Telefono 02/269621 – Fax 02/26920266 – www. assimoco.it – PEC: assimoco@legalmail.it – Capitale Sociale € 107.870.685,00 i.v. Registro Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi 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 – Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051) Capogruppo del Gruppo Assimoco.
*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio vengono di seguito riportate le informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:

Patrimonio netto	Capitale Sociale	Riserve Patrimoniali
€ 213.789.321	€ 107.870.685	€ 81.217.503

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, di cui si specificano i seguenti importi:

Requisito patrimoniale di solvibilità	Fondi propri a copertura	Indice di solvibilità	Requisito patrimoniale minimo	Fondi propri a copertura
€ 90.355.180	€ 277.179.620	307%	€ 40.659.831	€ 277.179.620

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

✓ Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle indicate nel DIP

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste dal prodotto

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 al DIP



Ci sono limiti di copertura?

- ! Per la Prestazione A – Diaria Base, l'indennità giornaliera è liquidata con una deduzione in giorni (franchigia) in base all'età al momento del sinistro;
- ! Per alcune garanzie è previsto un limite di indennizzo, cioè l'importo massimo prestabilito con cui viene liquidato il danno.

Danni sempre esclusi

Sono esclusi dall'indennizzo i ricoveri dovuti a:

- ! Eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;
- ! Le conseguenze dirette di infortuni, nonché 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;
- ! 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;
- ! La correzione di difetti visivi con trattamento laser ad eccimeri;
- ! L'intervento per la deviazione del setto nasale, se non dovuto ad eventi di natura traumatica, escludendo altresì i casi di ipertrofia dei turbinati;
- ! Cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;
- ! Fecondazione non fisiologica (assistita);
- ! Atti dolosi da parte dell'assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;
- ! Infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);
- ! 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;
- ! Aborto volontario non terapeutico;
- ! 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);
- ! Protesi dentarie in ogni caso, e le cure sia dentarie sia per paradontopatie quando non siano rese necessarie

da eventi riconducibili ad un infortunio;

- ! 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;
- ! Trattamenti sclerosanti;
- ! Trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini;
- ! 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.);
- ! Le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- ! 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?	Denuncia del sinistro: <i>l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare per iscritto entro i 10 successivi all'evento o al momento in cui ne viene a conoscenza.</i>
	Assistenza diretta / in convenzione: NON PREVISTA
	Gestione da parte di altre imprese: NON PREVISTA
	Prescrizione: <i>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.</i>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto al DIP.
Obblighi dell'impresa	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.



Quando e come devo pagare?

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



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 le conseguenze di malattia è prevista una carenza con scadenza dalle ore 24 del: <ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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.



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 una perdita di reddito.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione	I costi di intermediazione sono pari al 23,99% calcolati sul premio imponibile
Costi dei PPI	Non previsti in quanto il prodotto non è abbinabile a finanziamenti

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<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 Leoni Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7- 20141 Milano (MI), in alternativa via fax al numero 02-2696.2466, o via e-mail all'indirizzo: ufficioreclamipremi@assimoco.it.</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 Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) –in alternativa via Fax al numero 02-2696.2405, o via e-mail all'indirizzo: ufficioreclamisinistri@assimoco.it.</p> <p>Prima di inoltrare un reclamo, è opportuno verificare sul sito istituzionale della Compagnia: www.assimoco.it 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"> a. il numero di polizza o il numero di sinistro; b. il nome, il cognome e il domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; c. l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
----------------------------------	---

	<p>d. la chiara e sintetica esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela; e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p> <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 questo caso, l'esponente dovrà inoltrare il reclamo direttamente all'intermediario Banca ai recapiti indicati nel suo sito 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'informativa che viene consegnata dall'intermediario prima della sottoscrizione della proposta, o qualora non prevista, della conclusione del contratto.</p>
<p>All'IVASS</p>	<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; ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il reclamo indirizzato ad IVASS deve contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dati anagrafici del reclamante, indirizzo postale, se disponibile anche indirizzo PEC, con eventuale recapito telefonico; 2. l'individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; 3. una breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela; 4. la copia del reclamo presentato alla compagnia di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; 5. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.ivass.it 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>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</p>	

<p>Mediazione</p>	<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 (www.mediazione.giustizia.it).</p> <p>Il procedimento di mediazione ha una durata massima stabilita dalla legge di tre mesi.</p>
<p>Negoziation e assistita</p>	<p>E' 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 la Compagnia di assicurazione a stipulare una convenzione di negoziazione assistita. Una volta comunicato l'invito, la Compagnia 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>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Perizia contrattuale e arbitrato :</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 una Compagnia 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 la Compagnia di assicurazione che ha stipulato il <i>contratto</i> (<i>individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net</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 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.