

Assicurazione Infortuni e Malattia



Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Assicuratrice Val Piave S.p.A. – Italia – Iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00030

Prodotto: "Sanitas"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortuni e malattia, che tutela economicamente dalle spese mediche sostenute e fornisce un'indennità in caso di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale.



Che cosa è assicurato?

A) Rimborso delle spese a seguito di Grandi Eventi (obbligatoria)

La Società, a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato causato da: i) malattie o infortuni che richiedono interventi di alta chirurgia (elencati nelle Condizioni di Assicurazione); ii) una grave malattia anche senza intervento chirurgico (infarto del miocardio, coronaropatia, ictus cerebrale, cancro e plegia), rimborsa:

- ✓ gli onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- ✓ le spese di assistenza medica, infermieristica, medico-specialistica e quelle relative ad esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e rieducativi, durante il ricovero ospedaliero, nonché le rette relative allo stesso;
- ✓ i costi sostenuti per esami, accertamenti, visite specialistiche pre-ricovero;
- ✓ i costi sostenuti per esami, accertamenti, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi post ricovero;
- ✓ i costi di trasporto sostenuti con qualsiasi mezzo dell'Assicurato all'Istituto di cura;
- ✓ il vitto e il pernottamento in un Istituto di cura per un accompagnatore;
- ✓ in caso di day hospital, le spese sostenute per accertamenti diagnostici pre-ricovero, assistenza medica o infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi post ricovero, medicinali e rette di degenza;
- ✓ in caso di trapianto di organi, le spese sostenute dall'Assicurato sia in qualità di donatore che di ricevente;
- ✓ in caso di malattia terminale determinata da "gravi malattie", le spese per assistenza continuativa medica e infermieristica a domicilio.
- ✓ La Società corrisponde un'indennità sostitutiva per un determinato periodo di ricovero, anche in day hospital, nel caso in cui le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

B) Rimborso delle spese a seguito di Grandi Eventi e Altri Ricoveri

La Società, in tutti i casi di ricovero ospedaliero dell'Assicurato reso necessario da infortunio o malattia e non compresi in quanto previsto dalla garanzia A) Rimborso delle spese a seguito di Grandi Eventi, rimborsa:

- ✓ le spese per cure termali, ad eccezione di quelle di natura alberghiera e conseguenti ad un ricovero con intervento chirurgico;
- ✓ le spese per l'acquisto e/o noleggio apparecchi ortopedici;

- ✓ le spese relative al parto, nonché all'aborto terapeutico;
- ✓ le cure per il neonato conseguenti a malattie, anche congenite, o infortuni e rese necessarie successivamente ad un parto indennizzabile.

SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l'Assicurato nei limiti delle indennità e dei massimali indicati sulla scheda di polizza e sottoscritti dal Contraente.



Che cosa non è assicurato?

Di seguito si riporta una sintesi delle principali esclusioni. Restano valide le informazioni di dettaglio fornite, per ogni tipologia di garanzia, nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività HIV, AIDS e sindromi ad esse correlate.

L'assicurazione non è prestata per le persone di età superiore a 75 anni.

L'assicurazione non comprende il rimborso delle spese per:

- ✗ conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni fisiche e stati patologici preesistenti alla stipulazione del contratto e non dichiarati dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- ✗ malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- ✗ prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica resi necessari da infortunio), dietologiche;
- ✗ protesi e cure dentarie non rese necessarie da infortunio;
- ✗ infortuni e malattie causati da abuso di assunzione di alcool, psicofarmaci, stupefacenti;
- ✗ correzione di difetti di rifrazione: miopia, astigmatismo, ecc;
- ✗ infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi (es. arti marziali, arrampicata libera, sci estremo, ecc.);
- ✗ aborto volontario non terapeutico e cure per infertilità.



Ci sono limiti di copertura?

In polizza e nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono indicate le franchigie, gli scoperti e i limiti di indennizzo previsti dalle singole garanzie. Di seguito si elencano i principali.

! A) Rimborso delle spese a seguito di Grandi Eventi: i) spese per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sono indennizzabili se effettuati nei 60 giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, ridotti a 30 giorni in caso di day hospital; ii) spese per esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, escluse cure termali, sono indennizzabili

solo se effettuati nei successivi 120 giorni al ricovero ospedaliero, purché siano ad esso inerenti e prescritte dal medico curante; iii) per il trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo in istituto di cura, purché richiesto con certificazione medica, massimale per anno di € 2.000; iv) per vitto e pernottamento dell'accompagnatore, fino a € 80 giornalieri per un periodo massimo di 60 giorni; v) in caso di malattia grave in fase terminale, per assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica fornita da organizzazioni e strutture sanitarie dedicate e riconosciute, fino a € 150 giornalieri per un periodo massimo di 60 giorni, oppure per generica assistenza infermieristica a domicilio, fino a € 80 giornalieri per un massimo di 90 giorni; vi) in caso di spese totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, indennità sostitutiva pari allo 0,10% del massimale per ricovero al giorno per un periodo massimo di 90 giorni per anno e in caso di day hospital per un periodo massimo di 20 giorni per anno.

B) Rimborso delle spese a seguito di Grandi Eventi e altri Ricoveri: i) tutti i limiti previsti dalla garanzia A) Rimborso delle spese a seguito di Grandi Eventi; ii) spese per cure termali indennizzate nei 120 giorni successivi al ricovero con un limite di € 1.500 per anno; iii) spese per l'acquisto/noleggio di appa-

recchi ortopedici fino a € 1.500; per parto fisiologico, pilotato o aborto terapeutico, limite di € 2.500; spese di cura per il neonato rimborsate se effettuate durante il ricovero nei primi 90 giorni di vita.

! Garanzie A, B, periodo di aspettativa (carenza): 30 giorni, elevato a 180 giorni per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, o sottoposti ad accertamenti, o curati anteriormente alla stipulazione della polizza, e a 300 giorni per le patologie varicose, per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio. Non opera alcuna carenza per infortuni e aborto post-traumatico.

Nel caso in cui la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa operano: i) dal giorno di effetto della polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto; ii) dal giorno di effetto della presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.



Dove vale la copertura?

✓ **Garanzie A, B)** sono valide in tutto il mondo. L'indennizzo viene corrisposto in Italia, in euro.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio, sull'esistenza di altre polizze a copertura dello stesso e su eventuali sinistri precedenti, e di compilare il questionario medico-sanitario. Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato e l'eventuale successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'inosservanza delle suddette disposizioni può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.
- In caso di sinistro, avvisare in forma scritta la Società o l'Intermediario al quale è assegnata la polizza, in ogni caso entro tre giorni da quando se ne ha avuto la possibilità.
- Sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o da suoi incaricati e fornire tutta la documentazione medica del caso, sollevando dal segreto professionale i medici curanti.



Quando e come devo pagare?

Il premio è pagato al rilascio della polizza e può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale, o pagamento unico anticipato, a scelta del Contraente. In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi. Il premio è comprensivo delle imposte dovute per legge. Il premio deve essere pagato all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società. I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, carte di credito o pos, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha validità dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento del premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva. Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. Nel primo caso, in mancanza di disdetta, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno; nel secondo, il contratto cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta. In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.



Come posso disdire la polizza?

In caso di contratto annuale o poliennale è possibile disdire il contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza. In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

Assicurazione Infortuni e Malattia
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: Assicuratrice Val Piave S.p.A.
Prodotto: "Sanitas"



Data di aggiornamento (ultima versione disponibile): luglio 2023

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.

Assicuratrice Val Piave Spa con sede legale in via Ippolito Caffi, 83 - 32100 Belluno, C.F. / Registro Imprese di Belluno 00075940254; telefono: (+39) 0437-938611 – (+39) 0437-938622 - Fax: (+39) 0437-938693.
Sito internet: www.valpiave.it; e-mail: valpiave@vhv.it; PEC: assicuratricevalpiave@pec.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22.2.1963) - Iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00030.
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di VHV Allgemeine Versicherung AG.

Il patrimonio netto ammonta a 37 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al Capitale sociale e 30 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 15 milioni di euro e i fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR sono pari a 50 milioni di euro; il loro rapporto determina l'indice di solvibilità di Assicuratrice Val Piave, pari al 339%. Inoltre, il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 7 milioni di euro e i fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR sono pari a 50 milioni di euro. I dati, riferiti al 31/12/2022 e valutati secondo le regole Solvency II, sono relativi all'ultimo bilancio approvato e possono essere riscontrati all'interno della relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet al seguente link: www.valpiave.it/bilancio.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non sono previste ulteriori garanzie aggiuntive rispetto a quelle descritte nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni).



Che cosa NON è assicurato?

Non sono previste ulteriori esclusioni rispetto a quelle descritte nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni).



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

| | |
|---------------------------------------|--|
| Cosa fare in caso di sinistro? | Denuncia di sinistro: Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni, valgono i seguenti obblighi. L'Assicurato deve sottoporsi anche in fase di ricovero, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. La documentazione delle spese è acquisita dalla Società; tuttavia la Società restituisce la predetta documentazione previa iscrizione sulla stessa dell'importo liquidato e della data di liquidazione. Qualora l'Assicurato abbia presentato al S.S.N. o ad altro Ente l'originale delle notule, distinte, fatture e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro presentazione di copie autenticate delle notule, distinte, fatture e ricevute, al netto di quanto a carico del S.S.N. o degli altri Enti. |
| | Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste ulteriori Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri. |
| | Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verifi- |

| | |
|---|---|
| | cato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 del codice civile. |
| Dichiarazioni inesatte o reticenti | Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. |
| Obblighi dell'impresa | L'Impresa, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, provvede al pagamento dell'importo offerto entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso. |



Quando e come devo pagare?

| | |
|-----------------|---|
| Premio | <u>Indicizzazione</u> È possibile indicizzare le somme assicurate e i massimali alle variazioni percentuali del numero indice "spese mediche" rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto Istituto. |
| Rimborso | È previsto il rimborso della parte di premio pagata e non goduta in caso si manifesti nell'Assicurato una o più delle seguenti affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione: alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate, epilessia e infermità mentali. |



Quando comincia la copertura e quando finisce?

| | |
|--------------------|---|
| Durata | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. |
| Sospensione | Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie. |



Come posso disdire la polizza?

| | |
|--|---|
| Ripensamento dopo la stipulazione | Non è previsto il diritto di ripensamento dopo la stipulazione del contratto. |
| Risoluzione | Nel caso di contratto a durata poliennale, l'Assicurato può recedere dal contratto trascorso il primo quinquennio o in caso di durata inferiore a cinque anni, alla scadenza contrattuale, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso viene esercitata. |



A chi è rivolto questo prodotto?

Prodotto rivolto a coloro che intendono tutelarsi per i rischi di infortuni e malattia, che tutela economicamente dalle spese mediche sostenute nonché un'indennità in caso di ricovero pari allo 0,10% del massimale assicurato qualora le spese siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Riservato a persone di età inferiore a 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono pari a 23,38% (al 31.12.2022).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

| | |
|----------------------------------|---|
| All'impresa assicuratrice | Eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti: Assicuratrice Val Piave S.p.A. – Servizio Reclami – Via Ippolito Caffi, 83 – 32100 Belluno, Italia; Fax: 0437 938 693 – e-mail: reclami@vhv.it I reclami devono contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico; b) numero della polizza e nominativo del contraente; c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo; d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; f) ogni documento utile per descrivere le circostanze. Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo. |
| All'IVASS | 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 . |

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile 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). |
|-------------------|---|

| | |
|--|--|
| | La mediazione è obbligatoria, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, nelle controversie in materia di contratti assicurativi. |
| Negoziazione assistita | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. |
| Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie | Arbitrato: le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: https://ec.europa.eu/info/fin-net . |

| REGIME FISCALE | |
|---|---|
| Trattamento fiscale applicabile al contratto | Al contratto viene applicata l'imposta sulle assicurazioni con l'aliquota del 2,50% sui premi imponibili. |

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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