

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 infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") o nel tempo libero ("rischio extraprofessionale"), o in entrambi i casi ("rischio professionale ed extra").



Che cosa è assicurato?

A) Invalidità permanente da infortunio (obbligatoria)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della propria capacità allo svolgimento di un qualsiasi lavoro:

- ✓ corrisponde un indennizzo proporzionale al grado d'invalidità permanente e al capitale assicurato.

Con pagamento di un premio aggiuntivo, è possibile estendere la copertura alle seguenti ulteriori garanzie, a scelta dell'Assicurato:

B) Morte da infortunio

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza la morte:

- ✓ corrisponde l'indennizzo ai beneficiari.

C) Inabilità temporanea da infortunio (operante per il rischio professionale)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti l'incapacità, in misura totale o parziale, di svolgere per un periodo di tempo limitato la propria attività lavorativa:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di inabilità.

D) Indennità da immobilizzazione (non operante se acquistata la garanzia C)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti l'applicazione di un'ingessatura:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di immobilizzazione.

E) Rimborso spese di cura a seguito di infortunio che abbia comportato il ricovero di almeno 3 giorni.

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato:

- ✓ rimborsa, a titolo esemplificativo, le spese sostenute per: i) rette di degenza, assistenza medica, esami medici; ii) interventi chirurgici; iii) visite specialistiche; iv) trattamenti fisioterapici e rieducativi; v) acquisto di apparecchi protesici resi necessari dall'infortunio, comprese protesi dentarie; vi) acquisto di medicinali.

F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per tanti giorni quanto è durato il ricovero;
- ✓ per i ricoveri in day hospital, l'indennità viene corrisposta solo per quelli di durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, esclusi i festivi.

G) Indennità da ricovero a seguito di infortunio e malattia

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura

reso necessario da infortunio o da malattia:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero, anche in day hospital e per parto.

SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l'Assicurato nei limiti delle indennità, dei massimali e dei capitali assicurati 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, né da infermità mentali.

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

Sono esclusi gli infortuni causati:

- ✗ da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci ed uso di stupefacenti ed allucinogeni in genere;
- ✗ dalla guida di qualsiasi veicolo, se l'Assicurato è privo di abilitazione alla guida, secondo le disposizioni normative vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove di veicoli a motore e di natanti a motore;
- ✗ da infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi;
- ✗ dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

Gli infarti sono esclusi.



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) Invalidità permanente derivante da infortunio: per la prima parte del capitale fino a € 155.000, franchigia del 3% sul grado di invalidità residua all'Assicurato; per la seconda parte del capitale, che eccede €155.000 e fino a €258.300, franchigia del 5% sul grado di invalidità residua; per la parte di capitale che eccede €258.300, franchigia del 10% sul grado di invalidità residua. Le sopra citate fran-

chiglie non si applicano in caso di invalidità permanente superiore al 20%.

B) Morte da infortunio: non vi sono specifiche limitazioni rispetto al capitale assicurato.

C) Inabilità temporanea da infortunio: indennità giornaliera per un periodo massimo di 365 giorni; franchigia fissa di: i) 5 giorni se l'indennità non è superiore a € 26; ii) 7 giorni se l'indennità è superiore a € 26 e fino a € 55; iii) 14 giorni se l'indennità è superiore a € 55.

D) Indennità da immobilizzazione: indennità giornaliera per un periodo massimo di 60 giorni per sinistro e per anno.

E) Rimborso spese di cura a seguito di infortunio: sono compresi visite specialistiche, accertamenti diagnostici, onorari e presidi medici, solo se effettuati nei 90 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura.

! Su tutte le spese di cura viene applicata la detrazione di uno scoperto del 20% a carico dell'Assicurato.

F) Indennità da ricovero a seguito di infortunio: indennità giornaliera per un periodo massimo di 300 giorni e, per i ricoveri in day hospital, solo se gli stessi hanno una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi esclusi festivi.

G) Indennità da ricovero a seguito di infortunio e malattia:

indennità giornaliera per un periodo massimo di 300 giorni, ridotto a 7 giorni in caso di parto. Per i ricoveri in day hospital, indennità corrisposta solo se gli stessi hanno una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi esclusi festivi. Relativamente alla garanzia malattia, periodo di aspettativa di 30 giorni, elevato a 180 giorni per conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, e a 300 giorni per parto, aborto terapeutico e malattie dipendenti. 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.

! Complessivamente per tutte le garanzie, in caso di cumulo di infortuni causati da movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, massimo indennizzo di €2.583.000.



Dove vale la copertura?



L'assicurazione è valida in tutto il mondo. L'inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno del rientro in Europa dell'Assicurato.



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 in caso di prestazioni malattia. 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, avisare tempestivamente, e in ogni caso entro tre giorni da quando ne hai avuto conoscenza, la Società o l'Intermediario al quale è assegnata la polizza.



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: VHV Italia Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "Serenitas"

Data di aggiornamento: gennaio 2026 (ultima versione disponibile)

VHV ///
ASSICURAZIONI

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

VHV Italia Assicurazioni S.p.A. Via Ippolito Caffi, n. civico 83; CAP 32100; città Belluno; tel. (+39) 0437.938611; sito internet: www.vhv.it; PEC: vhv@pec.it. Iscritta all'albo delle imprese di assicurazione al n°1.00030. Direzione e coordinamento di VHV International SE.

In base all'ultimo bilancio approvato il patrimonio netto della Società è pari a € 33.805.472 di cui il capitale sociale ammonta a € 7.000.000. L'indice di solvibilità (*Solvency Ratio*) della Società al 31/12/2024 era pari al 268%. Per maggiori dettagli sulla solvibilità e la condizione finanziaria della Società si rinvia alla Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria (SFCR) dell'esercizio 2024 disponibile al sito internet www.vhv.it/dati-finanziari.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto descritto nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni) è possibile, ma non obbligatorio, acquistare ulteriori garanzie, valide soltanto se espressamente richiamate in polizza con l'indicazione della relativa somma assicurata. Di seguito si descrivono le principali garanzie, mentre per l'elenco completo si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

PRESTAZIONI INFORTUNI

Utilizzo della tabella INAIL	La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, corrisponde un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 - Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.
Coperture per infortuni subiti durante la pratica di talune attività sportive	La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato subito durante la pratica delle attività sportive sotto indicate, che comportino l'invalidità permanente, corrisponde un indennizzo proporzionale al grado d'invalidità permanente e al capitale assicurato: - Alpinismo; - Immersione sportiva con autorespiratore. I dettagli delle coperture sono descritti nelle Condizioni di Assicurazione.
Indennità giornaliera	In caso di ricovero conseguente ad infortunio, malattia o parto.



Che cosa NON è assicurato?

PRESTAZIONI INFORTUNI

Ad integrazione di quanto descritto nel DIP Danni, sono previste altresì le seguenti ulteriori esclusioni.

Sono esclusi gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo gli infortuni occorsi durante viaggi aerei come disciplinato dall'art.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione;

Inoltre sono esclusi:

- le prestazioni aventi finalità estetiche;
- la convalescenza domiciliare dopo il ricovero ospedaliero;
- i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione di "Istituti di cura".



Ci sono limiti di copertura?

PRESTAZIONI INFORTUNI

Coperture per infortuni subiti durante la pratica di talune attività sportive (Alpinismo, Immersione sportiva con autorespiratore)

Limitatamente a tale estensione di garanzia, non si farà luogo a risarcimento per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 5% della totale viene corrisposto il risarcimento soltanto per la parte eccedente.



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.

In caso di sinistro la denuncia dello stesso deve contenere:

- la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, oppure della malattia, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente;
- il certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'assicurato, oppure la certificazione medica sulla natura dell'infermità.

Il decorso delle lesioni o della malattia deve essere documentato da ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare la documentazione necessaria, descritta nelle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza diretta/in convenzione: Non sono previsti enti/strutture convenzionate con la Società.

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 verificato 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

La Società, 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

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

Rimborso

È previsto il rimborso della parte di premio pagata e non goduta in caso di recesso da parte della Società per:

- sinistro;
- il manifestarsi nell'Assicurato di 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.



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 per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") o nel tempo libero ("rischio extraprofessionale"), o in entrambi i casi ("rischio professionale ed extra").	
 Quali costi devo sostenere?	
I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono pari a 22,6% (aggiornato 2024).	
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: VHV Italia Assicurazioni S.p.A. – Servizio Reclami – Via Ippolito Caffi, 83 – 32100 Belluno, Italia; Fax: 0437 938 693 – e-mail: reclami@vhv.it , reclami.vhv@pec.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 esauritiva 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:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato: le Condizioni 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 è applicata l'imposta sulle assicurazioni con aliquota del 2,5% sui premi imponibili. I premi delle garanzie infortuni morte e invalidità permanente con applicazione di una franchigia del 5% sono detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nei limiti indicati dal Testo Unico delle Imposte sui redditi.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Ai sensi della legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dei relativi decreti attuativi, se il cliente (contraente o assicurato, qualora non coincidano) è stato precedentemente affetto da una patologia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, in assenza di recidive, da più di dieci anni, alla data della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione, non è tenuto a fornire informazioni, né a sottoporsi ad alcuna indagine o accertamento sanitario (ad es. visita medica) in relazione a tale pregressa patologia. Il termine di dieci anni è ridotto a cinque anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per alcune specifiche patologie oncologiche individuate dalla normativa vigente, sono previsti termini inferiori, indicati nella relativa Tabella consultabile sul sito internet dell'Impresa al seguente link: www.vhv.it.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Qualora il cliente, prima della stipulazione o del rinnovo del contratto, abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute concernenti patologie oncologiche pregresse, il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, trasmette tempestivamente all'Impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione attestante la sussistenza dei requisiti per l'esercizio del diritto all'oblio oncologico, rilasciata secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e dai relativi decreti attuativi. La certificazione è rilasciata, a seguito di apposita istanza, da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, o da un medico del Servizio Sanitario Nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica, dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, utilizzando il modello di istanza previsto dall'Allegato I al decreto del Ministero della Salute 5 luglio 2024, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 177 del 30 luglio 2024.
Effetti dell'oblio oncologico	Decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico: • le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente; • l'Impresa ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'articolo 2, commi da 1 a 5, della legge 7 dicembre 2023, n. 193 sono nulle, ferma restando l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera esclusivamente a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
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.	