

Assicurazione Malattie

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

Amissima Assicurazioni S.p.A.



Prodotto Omnisolutions Salute – Malattie

Edizione 01/01/2019

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 del prodotto e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Amissima Assicurazioni S.p.A. Viale Certosa, n. civico 222; CAP 20156; città Milano; tel. +39 02 30761; sito internet: www.amissimagruppo.it; e-mail: amissima@pec.amissima.it; PEC: amissima@pec.amissima.it.

Amissima Assicurazioni S.p.A. Società per azioni a socio unico appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l., già Primavera Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia Tel. +39 02 30761 - Fax +39 02 3086125 - sito: www.amissimagruppo.it – email: amissima@pec.amissima.it – indirizzo di Posta Elettronica Certificata: amissima@pec.amissima.it. Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: 1.00031 - Impresa autorizzata con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

Con riferimento al bilancio d'esercizio al 31 dicembre 2017, redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad Euro 220,4 milioni, di cui Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 e Riserve Patrimoniali Euro 75,9 milioni. In merito alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito (<http://www.amissima.it/SFCR>) si precisa che l'indice di solvibilità è pari al 112,36% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP, le garanzie assicurano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Invalità Permanente: invalidità permanente conseguente a malattia insorta e denunciata durante la validità del contratto e manifestatasi entro un anno dalla data di cessazione del contratto stesso;
- Inabilità Temporanea: inabilità temporanea sia parziale che totale, conseguente a malattia insorta, manifestatasi e denunciata durante la validità del contratto;
- Indennità da Ricovero: ricovero per donazione di organi, day hospital non inferiore a 5 giorni consecutivi e fino a massimo 30 giorni consecutivi;
- Rimborso Spese Mediche: spese per l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami durante il periodo di ricovero o il day hospital, per le rette di degenza, per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali ed alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Franchigia IPM	Possibilità di ridurre il premio aumentando la franchigia.
Franchigia Inabilità Temporanea	Possibilità di ridurre il premio aumentando la franchigia.
Franchigia Indennità da Ricovero	Possibilità di ridurre il premio aumentando la franchigia.

Franchigia Rimborso Spese Mediche	<i>Possibilità di ridurre il premio aumentando la franchigia.</i>
Forma integrativa	<i>L'assicurazione, relativamente alle spese sostenute durante il ricovero, è prestata in forma integrativa a quella prevista dal Servizio Sanitario Nazionale. Se l'Assicurato non si avvale del SSN viene riconosciuto il 75% delle spese.</i>
Limitazione al "Grande Evento"	<i>L'assicurazione vale unicamente per gli interventi per i quali la tariffa minima approvata con specifico D.P.R., prevede per il chirurgo un onorario non inferiore ad Euro 67,14.</i>
Limitazione alla sola garanzia "Grande Evento"	<i>Si assicurano solo le garanzie previste in relativo elenco "Grande Evento" riportato nel Fascicolo Informativo.</i>
Assicurazione per nucleo familiare	<i>Il massimale assicurato si intende unico per la totalità delle persone assicurate.</i>
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Franchigia IPM	<i>Possibilità di aumentare il premio riducendo la franchigia.</i>
Franchigia Inabilità Temporanea	<i>Possibilità di aumentare il premio riducendo la franchigia.</i>
Franchigia Indennità da Ricovero	<i>Possibilità di aumentare il premio riducendo la franchigia.</i>
Franchigia Rimborso Spese Mediche	<i>Possibilità di aumentare il premio riducendo la franchigia.</i>
GARANZIE OPZIONALI	
Supervalutazione Invalidità permanente pari o superiore al 66%	<i>Copertura supervalutata al 150% in caso di IPM superiore al 65%.</i>
Indennità da post ricovero	<i>In caso di ricovero, è prevista la corresponsione di un'indennità giornaliera di post-ricovero oltre all'indennità da ricovero assicurata.</i>
Accompagnatore	<i>Copertura aggiuntiva a favore dell'accompagnatore in caso di ricovero con pernottamento.</i>
Assistenza Infermieristica Ospedaliera	<i>Rimborso delle spese sostenute in caso di ricovero per l'assistenza fornita da personale infermieristico ospedaliero.</i>
Rimborso delle spese pre e post ricovero	<i>Copertura delle spese pre e post ricovero in caso di ricovero con almeno due pernottamenti.</i>
Aumento massimale	<i>Il massimale assicurato è aumentato del 50% se l'Assicurato subisce un intervento chirurgico tra quelli riportati al relativo articolo in Fascicolo Informativo. In caso di trapianti di organi sono comprese tutte le spese relative al prelievo dell'organo.</i>
Visite specialistiche	<i>Sono rimborsate le spese per le seguenti prestazioni sanitarie, ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio:</i> <ul style="list-style-type: none"> • onorari medici per visite specialistiche o per consulti; • analisi ed esami diagnostici.
Raddoppio dei massimali per "Grande Evento"	<i>Nel caso di "Grande Evento" i massimali previsti per:</i> <ul style="list-style-type: none"> • ricovero o di day-hospital con intervento chirurgico in istituto di cura; • ricovero senza intervento chirurgico o day-hospital per terapie mediche in istituto di cura; • intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) in regime ambulatoriale in istituto di cura; <i>si intendono raddoppiati.</i>



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti i seguenti limiti di copertura:

Garanzia Invalidità Permanente:

L'indennizzo è calcolato in base alle diverse tipologie di franchigia scelte dall'Assicurato:

- Franchigia assoluta 24%;
- Franchigia assoluta 65%.

Per le singole Garanzie Opzionali sono operanti i seguenti limiti e/o esclusioni:

la Garanzia Opzionale Supervalutazione di Invalidità Permanente pari o superiore al 66% può prevedere l'applicazione di specifici scoperti, franchigie o minimi di scoperto e limiti di indennizzo diversi da quelli di base ed indicati in polizza.

Garanzia Inabilità Temporanea:

ad integrazione di quanto indicato all'interno del DIP, si intendono esclusi:

- malattie avvenute quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
- malattie causate da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Garanzia Indennità da Ricovero:

ad integrazione di quanto indicato all'interno del DIP, si intendono esclusi ricoveri determinati da conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Per le singole Condizioni Speciali sono operanti i seguenti limiti e/o esclusioni:

CONTEMPORANEO RICOVERO DI ENTRAMBI I CONIUGI

È prevista una maggiorazione dell'indennità da ricovero pari al 50%.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO

- è prevista una franchigia di 20 giorni per ricoveri in Italia che non comporti grande intervento chirurgico;
- è previsto un massimo indennizzo pari al doppio della somma assicurata prevista in polizza.

Per le singole Garanzie Opzionali sono operanti i seguenti limiti e/o esclusioni:

tutte queste garanzie possono prevedere l'applicazione di specifici scoperti, franchigie o minimi di scoperto e limiti di indennizzo.

Inoltre:

INDENNITA' DA POST RICOVERO

È previsto un limite massimo pari a 60 giorni; inoltre, è previsto un limite massimo pari a 360 giorni per indennità da ricovero + post ricovero; limitatamente al parto, l'indennità è corrisposta per un periodo massimo di 5 giorni.

ACCOMPAGNATORE

È previsto un limite massimo pari a 30 giorni per anno assicurativo.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

È previsto un limite massimo di 30 giorni per anno assicurativo e per persona assicurata.

RIMBORSO DELLE SPESE PRE E POST RICOVERO

- È previsto un limite indicato in polizza per anno assicurativo e per l'insieme delle persone assicurate;
- È previsto un limite temporale pari a 60 giorni precedenti il ricovero e 60 giorni successivi alla data delle dimissioni dal ricovero.

Garanzia Rimborso Spese Mediche – Formula Base:

- sono escluse le spese alberghiere per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali, nei 90 giorni successivi al ricovero in istituto di cura, all'intervento in ambulatorio o alle prestazioni in day hospital;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza e coperture per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, fino al 10% del massimale prescelto;
- ricovero a seguito di appendiciti, adenoidi, tonsilliti, ernie non discali, parto e aborto terapeutico: rimborso delle spese nel limite del 15% del massimale scelto e fino alla concorrenza di Euro 2.600,00. Gli interventi chirurgici ambulatoriali per tali patologie sono rimborsati nel limite massimo di Euro 775,00;
- diaria per accompagnatore: fino a concorrenza del 3% del massimale scelto col limite di Euro 52,00 giornaliero. La diaria verrà corrisposta per un periodo al massimo pari a quello del ricovero e comunque non superiore a 90 giorni per evento ed anno assicurativo;
- decesso all'estero dell'assicurato conseguente ad uno degli eventi assicurati: le spese sostenute per il rimpatrio fino a concorrenza del 10% del massimale scelto, col limite di Euro 1.500,00;
- ricovero: se l'assicurato non ha sostenuto alcuna spesa, ha un'indennità per ogni giorno di ricovero del 3% del massimale assicurato, col limite di Euro 52,00 giornaliero e col limite annuo di 90 giorni. In caso di:
 - parto non cesareo: indennità per durata massima di 5 giorni per evento ed anno assicurativo;
 - day hospital: indennità del 50%;
 - intervento sia sulle tonsille che sulle vegetazioni;
 - adenoidi di persone di età inferiore a nove anni;non viene corrisposta alcuna indennità sostitutiva. Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi non può superare il massimale assicurato.

Per le singole Garanzie Opzionali sono operanti i seguenti limiti e/o esclusioni:

tutte queste garanzie possono prevedere l'applicazione di specifici scoperti, franchigie o minimi di scoperto e limiti di indennizzo.

Inoltre:

FORMA INTEGRATIVA

Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga del SSN, è prevista una copertura fino al 75% delle spese documentate.

Garanzia Rimborso Spese Mediche – Formula Top:


ad integrazione di quanto indicato all'interno del DIP, si intendono escluse le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope.

Inoltre, sono operanti i seguenti limiti e/o esclusioni:

- vitto e pernottamento dell'accompagnatore: periodo non superiore a 30 giorni per evento ed anno assicurativo e per un massimo Euro 60,00 giornalieri;
- ricovero o day-hospital con intervento chirurgico in istituto di cura: sino al massimale per anno assicurativo;
- ricovero senza intervento chirurgico o day-hospital per terapie mediche in istituto di cura: sino al 50% del massimale per anno assicurativo;
- intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale presso istituto di cura: sino al 30% del massimale per anno assicurativo;
- prestazioni sanitarie ambulatoriali: sino ad un massimale di Euro 6.000,00 per anno assicurativo per le prestazioni riportate in apposito elenco;
- diaria da ricovero: facoltà dell'assicurato di richiedere indennità di Euro 150,00 a pernottamento, con il massimo di 100 giorni per anno assicurativo, per ricovero, con o senza intervento, a totale carico del SSN, o in alternativa, alle spese prima, durante e dopo il ricovero. L'indennità è ridotta al 50% in caso di degenza diurna;
- apparecchi protesici ed ortopedici: fino alla concorrenza di un massimo di Euro 2.000,00 per anno assicurativo;
- parto naturale: fino al massimo di Euro 6.000,00;
- parto cesareo, anche programmato: fino al massimo di Euro 8.000,00;
- neonato: se dopo il ricovero conseguente ad un parto indennizzabile a termini di polizza, si rendano necessari ulteriori ricoveri o successivi interventi chirurgici o trattamenti e/o terapie a favore del neonato, per la correzione o eliminazione di malformazioni o di difetto fisico congenito, per malattie, anche congenite e/o connatali, o per infortunio, l'assicurazione vale fino ai sei mesi successivi alla nascita, anche per il neonato stesso, al massimale di polizza, a condizione che al momento del ricovero o dell'intervento l'assicurazione per la madre sia in vigore ininterrottamente da 270 giorni prima della nascita del neonato. Non vengono garantite le normali spese neonatali se non conseguenti a infortunio, malattia o difetto congenito. Non è compresa l'ittero neonatale. La diaria da ricovero (sostitutiva) non è operante per il neonato;
- terapie oncologiche fino alla concorrenza di Euro 5.500,00 per anno assicurativo;
- i costi della traduzione cartella clinica, dell'erogazione secondo parere medico e della trasmissione della documentazione clinica, fino alla concorrenza di Euro 650,00;
- se l'assicurato si rivolge ad un Centro non Convenzionato o ad una Equipe Medica non Convenzionata: rimborso delle spese applicando uno scoperto del 25%;
- se l'assicurato si rivolge ad un Centro Convenzionato, ma ad una Equipe Medica non Convenzionata o ad un Equipe Medica Convenzionata ma non un Centro Convenzionato: rimborso delle spese applicando uno scoperto del 25% per quelle avvenute in regime non convenzionato;
- se l'assicurato ricorrere a cure e/o prestazioni mediche di elevata specializzazione:
 - nei Centri Convenzionati: la Struttura pagherà direttamente l'importo delle prestazioni senza applicazione di scoperto o franchigia;
 - in tutti gli altri casi: la Struttura rimborserà all'assicurato le spese con applicazione di uno scoperto del 25%. Tale scoperto non viene applicato se si chiede il rimborso del solo ticket.

Per le singole Garanzie Opzionali sono operanti i seguenti limiti e/o esclusioni:
tutte queste garanzie possono prevedere l'applicazione di specifici scoperti, franchigie o minimi di scoperto e limiti di indennizzo.

La Società rinuncia al diritto di rivalsa verso il responsabile del sinistro (Art. 1916 c.c.) a condizione che l'Assicurato non eserciti egli stesso l'azione di risarcimento del danno contro il responsabile medesimo.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c. o, per quanto riguarda la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, vi sia fondato motivo di ritenere che la malattia possa residuare dei postumi di Invalidità Permanente. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c. Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche, in caso di sinistro l'Assicurato deve previamente contattare la Struttura Organizzativa entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza della necessità della prestazione, tramite il numero verde 800.370.166 oppure, se si trova all'estero, tramite il numero +39 02.58286723.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: limitatamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche, la gestione delle prestazioni viene affidata all'impresa Europ Assistance S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: limitatamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche, la gestione dei sinistri viene affidata all'impresa Europ Assistance S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano.</p>
	<p>Prescrizione: fatto salvo quanto previsto dal primo comma dell'Art. 2952 c.c., 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 del medesimo Art. 2952 c.c.</p>

Dichiarazioni inesatte o reticenti	<i>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza.</i>
Obblighi dell'impresa	Pagamento dell'indennizzo: <i>espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo o il risarcimento – se dovuto – verrà liquidato da Amissima Assicurazioni entro 30 giorni dal compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.</i> <i>In caso di contenzioso civile, l'indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.</i>



Quando e come devo pagare?

Premio	<i>Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%, il frazionamento quadrimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 4%, il frazionamento trimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 5%.</i>
Rimborso	<i>Non sono previste forme di rimborso del premio.</i>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.</i>
Sospensione	<i>Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.</i>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<i>Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere.</i>
Risoluzione	<i>Non sono previsti altri casi, oltre quelli disciplinati dalla Legge.</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche a tutela dei sinistri legati a malattia.



Quali costi devo sostenere?

costi di intermediazione: *il contratto prevede costi di intermediazione pari al 25% del premio imponibile.*

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<i>Le modalità di presentazione dei reclami all'impresa sono:</i> <ul style="list-style-type: none"> • A mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano • A mezzo fax 02/45402417 • A mezzo mail: reclami@amissima.it <i>La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</i>
All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it.</i>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<i>La procedura di mediazione è obbligatoria, ovvero sia condizione di procedibilità per la successiva (ed eventuale) domanda giudiziale. È possibile interpellare 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).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Conciliazione paritetica gratuita per l'Assicurato: <i>tramite una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema e indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità descritte sui siti: www.ivass.it - www.ania.it.</i> Arbitrato Irrituale: <i>per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'Arbitrato. Qualora vi sia disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno o sull'indennizzabilità dello stesso, è pertanto facoltà delle Parti incaricare uno o più Arbitri da</i>

nominarsi con apposito atto. Il luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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.