

Assicurazione per la copertura dai rischi malattie e assistenza

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

Compagnia: GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: "SEI IN SALUTE – FORMULA COMFORT"

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 e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Generali Italia S.p.A. - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v. - Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

Il patrimonio netto ammonta a euro 10.911.136.059,00 di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a euro 1.618.628.450,00 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a euro 8.697.146.384,00 L'indice di solvibilità della Società è 257% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016). Si rinvia al sito www.generalitalia.it per approfondimenti.

Al contratto si applica la legge italiana.

Malattie



Che cosa è assicurato?

Generali Sei in salute - Alta protezione è un piano assicurativo che consente di scegliere la copertura più adeguata per l'indennizzo delle spese mediche per ricoveri o interventi chirurgici conseguenti a malattia, infortunio o parto. È possibile estendere la copertura assicurativa ai figli minori di 10 anni di età senza pagamento di un premio aggiuntivo, se sia assicurato l'intero nucleo familiare con almeno due persone paganti.

Per questa sezione sono previste le seguenti garanzie:

Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche: fino a concorrenza del massimale indicato in polizza e nelle condizioni di assicurazione, prevede il rimborso delle spese ospedaliere e chirurgiche relative a ricoveri con o senza intervento chirurgico, conseguenti a malattia o infortunio. Sono considerati ricoveri con intervento chirurgico anche gli interventi effettuati in day hospital o in ambulatorio medico. È inoltre assicurato il parto con o senza taglio cesareo. Infine, in caso di parto, l'assicurata è tenuta indenne delle spese necessarie per cure ed interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 180 giorni di vita.

Malattie oncologiche: in caso di malattia oncologica l'assicurato è tenuto indenne delle spese rese necessarie dalla malattia oncologica stessa e sostenute entro i 2 anni dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie oncologiche non chirurgiche entro il limite della somma indicata in polizza per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.

Cure dentarie a seguito di infortunio: tiene indenne l'assicurato delle spese sostenute a seguito di infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive, fino a concorrenza della somma indicata nelle condizioni di assicurazione.

Trapianti: l'assicurato, che in conseguenza di malattia od infortuni, necessita di essere sottoposto a trapianto, è tenuto indenne delle spese sostenute anche per il ricovero del donatore, fino a concorrenza della somma indicata in polizza per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.

Accompagnatore: tiene indenne l'assicurato ricoverato, che necessita dell'assistenza di un accompagnatore, delle spese necessarie per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura dello stesso entro il limite giornaliero indicato nelle condizioni di assicurazione.

Indennità sostitutiva: se i costi relativi al periodo di ricovero sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale, l'assicurato ha diritto ad un'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero escluso quello di dimissione.

Rimborso spese extraricovero: prevede un indennizzo per le spese rese necessarie da malattie o infortunio, anche in assenza di ricoveri o interventi, per un elenco predefinito di prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza e nelle condizioni di assicurazione.

Programma di prevenzione sanitaria: prevede la possibilità di far un check-up completo, di accedere ad un programma di prevenzione odontoiatrica in Dental-Network per ablazione tartaro e visita odontoiatrica di controllo, Prevenzione e benessere on line, Consulenza medica post check-up, Guida alla prevenzione on line, Accesso al network di centri diagnostici e di laboratori di analisi a condizioni di favore.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare ?

OPZIONI CON RIDUZIONE DI PREMIO

Esclusione delle prestazioni conseguenti ad infortunio – E' possibile escludere dalla garanzia il rimborso delle spese mediche conseguenti ad infortuni **Assicurazione Nucleo Familiare** - La somma assicurata deve intendersi quale disponibilità unica per anno assicurativo e per l'insieme delle persone assicurate che costituiscono un unico nucleo familiare. Tuttavia, in caso di incidente stradale che coinvolga più persone assicurate appartenenti al medesimo nucleo familiare la predetta somma assicurata deve intendersi raddoppiata.

Franchigia – Se in polizza è convenuto che l'indennizzo sarà pagato previa detrazione di un importo (espresso in percentuale o in cifra fissa), ciò da diritto ad una riduzione di premio, variabile in relazione all'entità dell'importo stesso.

Scoperto in caso di ricorso a prestazioni fuori rete convenzionata - Nel caso in cui l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, Generali Italia S.p.A. provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico ed indennizzabili a termini di contratto nella misura del 80% del loro ammontare (scoperto 20%) fermi i limiti di indennizzo previsti nelle Condizioni di Assicurazione. Tale scoperto non potrà comunque superare l'importo di euro 5.000,00 per singolo ricovero o intervento chirurgico.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Indennità giornaliera di ricovero: per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, reso necessario da malattia, infortunio, parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico viene corrisposta un'indennità come previsto nelle condizioni di assicurazione. Inoltre, in caso di ricovero di durata continuativa superiore a 10 giorni, viene corrisposta un'indennità per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli del ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante.

Protezione per malattie gravi: prevede un indennizzo forfettario a titolo di rimborso spese mediche sostenute in caso di accadimento in corso di

contratto di uno dei seguenti gravi eventi: Infarto miocardico acuto, Chirurgia cardiovascolare, Ictus cerebrale, Tumore, Insufficienza renale, Trapianto d'organo, Paralisi.

Indennità giornaliera in caso di inabilità da malattia: viene corrisposta all'assicurato un'indennità giornaliera in caso di malattia che determini una inabilità temporanea ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

Eliminazione limite giornaliero per rette di degenza: consente di rendere non operante il limite giornaliero per le rette di degenza, previsto in caso di mancato utilizzo del servizio di pagamento diretto.



Che cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Nell'ambito della garanzia **Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche**

- l'assistenza infermieristica professionale è prestata al domicilio nei 45 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 4.000,00. In caso di malattia oncologica è prestata per un periodo di 60 giorni successivi dopo la dimissione ed il limite è elevato ad euro 6.000,00.
- il trasporto dell'assicurato, con idoneo mezzo di trasporto sanitario (compreso aereo o elicottero sanitario) all'istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, fino ad un massimo di euro 5.000,00 per intervento o ricovero.
- le spese per il parto sono indennizzate fino a concorrenza della somma di euro 5.000,00 per il parto senza taglio cesareo e della somma di euro 8.000,00 per il parto con taglio cesareo.
- le spese per le rette di degenza sono indennizzate fino alla concorrenza della somma di euro 250,00 giornalieri, quando la prestazione non viene effettuata presso una Struttura medica convenzionata.
- le spese per i ricoveri senza intervento chirurgico sostenute nei 100 giorni precedenti il ricovero sono rimborsate con il limite del 20% delle spese complessivamente sostenute durante il ricovero stesso, quando la prestazione non viene effettuata presso una Struttura medica convenzionata.
- le spese per i ricoveri dovuti ad appendiciti, varici ed emorroidi sono rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 6.000,00, quando la prestazione non viene effettuata presso una Struttura medica convenzionata.
- le spese per i ricoveri dovuti ad adenoidi e tonsilliti sono rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 4.000,00, quando la prestazione non viene effettuata presso una Struttura medica convenzionata.

La garanzia **Estensione per cure dentarie a seguito di infortunio** che comprende le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentarie è operante fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per persona ed anno assicurativo con applicazione di uno scoperto del 20% delle spese sostenute.

Il rimborso delle spese previste in caso di trapianto è previsto fino alla concorrenza della somma prevista per la garanzia Rimborso spese ospedaliere e chirurgiche.

L'**assistenza di un accompagnatore** è prevista fino ad un massimo di euro 150,00 giornalieri per un periodo non superiore a quello del ricovero dell'assicurato con il massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. Le spese sostenute vengono rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per annualità assicurativa.

L'**Indennità sostitutiva** prevede un indennizzo di euro 150,00 per ciascun giorno di ricovero per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. In caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital l'indennità viene corrisposta per ogni giorno di degenza nella misura del 50%.

Se indicata in polizza, la garanzia opera previa applicazione di una franchigia.

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto l'assicurato è tenuto indenne solo per la parte di spese che eccedono l'importo della franchigia indicata.

Se sono operanti sia lo scoperto che la franchigia, le spese vengono indennizzate previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva, la franchigia in somma è sostituita da una franchigia di 5 giorni; l'indennità viene corrisposta a partire dal 6° giorno di ricovero.

Ai fini dell'applicazione della franchigia, si precisa che le spese indennizzabili sono considerate complessivamente per ricovero o intervento chirurgico e pertanto la franchigia andrà detratta dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza della franchigia stessa.

Si precisa inoltre che i ricoveri che si verificano a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e per tale motivo la franchigia viene applicata una sola volta. Le spese di cui alla garanzia Malattie oncologiche, indennizzabili a termini di contratto, relative alla stessa malattia sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia viene applicata una sola volta.

La franchigia è operante per tutte le garanzie fatta eccezione per la garanzia Rimborso spese extraricovero.

La garanzia **Rimborso spese extraricovero** prevede un rimborso delle spese fino ad un massimo di euro 5.000,00 per annualità assicurativa e per persona assicurata, previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa sostenuta (lo scoperto non si applica in caso di rimborso del ticket).

Tutela Legale



Che cosa è assicurato?

Questa garanzia è opzionale.

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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare ?

PRINCIPALI OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

PRINCIPALI OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

Assistenza



Che cosa è assicurato?

Questa garanzia è sempre operante e prevede una gamma di servizi che vengono erogati su richiesta dell'assicurato in caso di bisogno. È possibile scegliere uno dei 3 livelli di copertura offerti: CLASSIC, PLUS ed EXCLUSIVE le cui caratteristiche sono descritte nel DIP Danni. Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare ?

PRINCIPALI OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste opzioni con riduzione di premio.

PRINCIPALI OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Per la garanzia Assistenza le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa di Europ Assistance S.p.A.; ciascuna prestazione può essere erogata per un massimo di 3 volte per annualità assicurativa.



Che obblighi ho? Che obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro ?

Denuncia di sinistro: deve essere fatta per iscritto, corredata da certificato medico, entro 3 giorni da quando l'assicurato ne ha avuto conoscenza o ne ha la possibilità, ai sensi dell'art 1913 del Codice Civile.

Per la sezione **Malattie** si precisa che:

- l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del ricovero ovvero per la garanzia Rimborso spese chirurgiche e ospedaliere con la data dell'intervento chirurgico se sostenuto senza ricovero;
- la denuncia del sinistro deve avvenire non appena se ne abbia avuta la possibilità;
- Generali Italia può richiedere la visita medica in caso di sinistro.

L'assicurato che deve essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico ha le seguenti opzioni:

- usufruire del **pagamento diretto** delle spese di ricovero o intervento attivando preventivamente la Centrale operativa medica;
- richiedere il **pagamento a rimborso** delle spese anticipate all'istituto di cura e/o al medico non convenzionato, nella misura dell'80% delle spese sostenute;
- **ricorrere agli istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale** o a strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la corresponsione di un'indennità sostitutiva.

Per la sezione **Tutela Legale** l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide la data di accadimento del fatto che, nella denuncia penale ovvero nella domanda civilistica, si asserisce essere illecito e la denuncia del sinistro deve avvenire entro 3 giorni dalla data in cui esso è avvenuto o dal giorno in cui ne è venuto a conoscenza. Tale termine è elevato a 6 giorni se il sinistro è avvenuto all'estero.

Per la sezione **Assistenza** l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con il singolo fatto o avvenimento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e la denuncia del sinistro deve avvenire con le modalità e nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione.

Assistenza diretta / in convenzione: l'assicurato può usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o intervento, ricorrendo alle Strutture Mediche Convenzionate previa attivazione della Centrale Operativa Medica. Nel caso in cui l'assicurato non si avvalga dell'assistenza diretta, il rimborso potrà essere effettuato con applicazione di uno scoperto. Per le modalità ed i termini di attivazione della Centrale Operativa Medica si rinvia alle condizioni di assicurazione. L'elenco degli Istituti di cura facenti parte delle Strutture mediche convenzionate è disponibile sul sito www.generali.it.

Gestione da parte di altre imprese: per la sezione **Tutela Legale** si precisa che la gestione dei sinistri è affidata a DAS – Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., i cui recapiti e riferimenti telefonici sono indicati nella predetta Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

Per la sezione **Assistenza** si precisa che la gestione dei sinistri è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A., i cui recapiti e riferimenti telefonici sono indicati nella predetta Sezione delle Condizioni di Assicurazione.

Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro 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. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione giudiziaria per richiedere il risarcimento.

Dichiarazioni inesatte o reticenze

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

Obblighi dell'impresa

Verificata l'operatività della garanzia, Generali Italia S.p.A. provvede al rimborso delle spese solo a dimissione avvenuta o a cura ultimata, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate fatta salva l'eventuale franchigia, sempre che non sia stata fatta opposizione. Per la garanzia Rimborso spese extraricovero, Generali Italia S.p.A. provvede al rimborso previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica o terapeutica, contenente regolare diagnosi o sospetto diagnostico.



Quando e come devo pagare?

Premio

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

Rimborso

Il Contraente ha diritto al rimborso del rateo di premio pagato e non dovuto, al netto delle imposte, nel caso di recesso per sinistro effettuato in base alle condizioni di assicurazione ed entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

Oltre alle informazioni già fornite rispetto a quelle fornite nel DIP Danni si precisa che la copertura decorre:

- dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
- dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- dalle ore 24 del 300° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per il parto;
- dalle ore 24 del 180° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malfornizioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate.

In caso di sostituzione senza soluzione di continuità o di variazione i termini di aspettativa decorrono dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito o variato per le garanzie e le somme assicurate già presenti; per le garanzie e le somme assicurate aggiunte e per i nuovi assicurati, i termini di aspettativa decorrono dalla data di effetto della nuova polizza o della variazione.

Sospensione

Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione

Non è previsto il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.

Risoluzione

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto all'assicurazione di singoli individui o della famiglia per la copertura delle spese mediche per ricoveri o interventi conseguenti a malattia, infortunio o parto con la possibilità di accedere alle migliori strutture sia private che pubbliche.



Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 18,70% del premio imponibile pagato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami sul rapporto contrattuale o sulla gestione dei sinistri devono essere inviati per iscritto a:

Generali Italia S.p.A. – Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187 - fax 06 84833004 - e mail: reclami.it@generali.com.

La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente.

All'IVASS

Se chi fa reclamo non si ritiene soddisfatto dall'esito o non riceve riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, allegando all'esposto la documentazione relativa al reclamo trattato da Generali Italia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore che devono essere presentati direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio di chi fa reclamo, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di reclamo;
- copia del reclamo presentato a Generali Italia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per presentare il reclamo a IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finnet/index_en.htm).

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA È POSSIBILE AVVALERSI DI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE QUALI:

Mediazione

Nei casi in cui sia già stata espletata la perizia contrattuale oppure non attinenti alla determinazione e stima dei danni, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita. Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A., Ufficio Atti Giudiziari (Area Liquidazione) - Via Silvio d'Amico, 40 - 00145 Roma - Fax 06.44.494.313 - e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

Negoziazione assistita

In ogni caso è possibile rivolgersi in alternativa all'Autorità Giudiziaria. A tal proposito la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

In caso di controversia relativa a questioni mediche si può ricorrere ad un collegio medico arbitrale previsto dalle condizioni di assicurazione.

L'istanza di attivazione dell'arbitrato dovrà essere indirizzata a:

Generali Italia S.p.A. - Via Marocchesa 14 - 31021 - Mogliano Veneto (TV) - e-mail: generalitalia@pec.generaligroup.com

Per la sezione Tutela Legale in caso di disaccordo tra l'Assicurato e DAS relativamente all'opportunità di ricorrere al procedimento giudiziario e alla successiva gestione della vertenza, la decisione è demandata a un arbitro. In tal caso l'istanza di attivazione dell'arbitrato nei confronti di DAS dovrà essere effettuata con lettera raccomandata indirizzata a:

DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. Via Enrico Fermi 9/B - 37135 Verona - Fax (045) 8351025 - posta elettronica certificata: servizio.clienti@pec.das.it

Per la sezione Assistenza non è previsto l'arbitrato in caso di disaccordo tra l'Assicurato e Generali Italia S.p.A.

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