

Assicurazione Rimborso Spese Mediche
Documento Informativo relativo al **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**
RIMBORSO SPESE MEDICHE IN FORMA COLLETTIVA E AD ADESIONE A
FAVORE DEL PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO, DELLA
GUARDIA DI FINANZA E DELLA POLIZIA PENITENZIARIA E RELATIVI
FAMILIARI
(DIP Aggiuntivo Danni)
Compagnia: Poste Assicura S.p.A.

Data di realizzazione: **Giugno 2024** - Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Poste Assicura S.p.A., Viale Europa, 190 - 00144 Roma, 06.54.924.1, sito internet: www.poste-assicura.it, e-mail: infoclienti@poste-assicura.it, PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it

Poste Assicura S.p.A., Società con socio unico, soggetta alla direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Poste Vita (iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, a sua volta facente parte del più ampio Gruppo Poste Italiane), autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2788 del 25 marzo 2010, iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174

Sede Legale e direzione generale in Viale Europa, 190 - 00144 Roma (Italia)

Recapito telefonico 06.54.924.1

Sito internet: www.poste-assicura.it

E-mail: infoclienti@poste-assicura.it

Posta Elettronica Certificata (PEC): posteassicura@pec.poste-assicura.it

Questi dati sono tratti dall'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2022

- il Patrimonio netto è pari a 263,6 milioni di euro, di cui 25,00 milioni di euro di capitale sociale, 17,3 milioni di euro di utili di esercizio e 221,3 milioni di euro di riserve patrimoniali

La relazione sulla solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si possono consultare sul sito di Poste Assicura (<https://posteassicura.poste.it/compagnia/dati-di-bilancio-poste-assicura.html>)

Dalla relazione sono tratti questi dati:

- l'indice di solvibilità è pari a 168,12%. L'indice di solvibilità (solvency ratio) è il rapporto tra i mezzi propri pari a 298,82 milioni di euro e il requisito di capitale richiesto dalla normativa pari a 177,75 milioni di euro
- il requisito patrimoniale minimo è 55,71 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

POLIZZA BASE

AREA RICOVERO

- **In caso di grande intervento chirurgico (elenco in allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco in allegato 2) effettuato in regime di ricovero in istituto di cura o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese per:**
 - esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero o precedenti all'intervento chirurgico, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso;
 - rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);
 - assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
 - vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura ricettiva fino alla concorrenza di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo e nucleo familiare assistito;
 - assistenza infermieristica notturna dedicata durante il periodo di ricovero, fino alla concorrenza di € 50 al giorno per un massimo di € 1.000 per anno assicurativo;
 - esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla concorrenza di € 2.000 per anno assicurativo. In caso di intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo;
- **In caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco in allegato 2), che non comporti intervento chirurgico, sono assicurate le spese per:**
 - assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
 - esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuate nei 150 giorni precedenti il ricovero in Istituto di cura, purché direttamente collegati all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - rette di degenza (esclusi comfort e/o bisogni non essenziali);

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, medicine ed infermieristiche domiciliari sostenuti nei 150 giorni successivi alle dimissioni da ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto sanitario dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore, con qualsiasi mezzo (ambulanza, treno o aereo di linea), presso l'istituto di cura e ritorno o trasferimento presso altro istituto di cura più appropriato sotto il profilo delle terapie necessarie all'Assicurato, fino alla concorrenza di € 2.000 per anno assicurativo. In caso di ricovero in istituto di cura senza intervento chirurgico effettuato all'estero, il Piano sanitario rimborsa le spese per il viaggio verso l'istituto di cura e ritorno con mezzo pubblico, fino alla concorrenza di € 4.000 per anno assicurativo.

- **Trapianti**

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

- **Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)**

Qualora non risultino spese a carico dell'Assistito in quanto i costi relativi al periodo di ricovero e per altra prestazione ad esso connessa, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, il soggetto assicuratore corrisponde un'indennità sostitutiva pari a € 120 per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, per un massimo di 90 giorni.

- **Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco Allegato 1) e da grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day-hospital**

Il Soggetto assicuratore, in caso di ricovero in istituto di cura (con esclusione del parto e del day-hospital), corrisponderà un'indennità di € 30 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 15 giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

- **Ospedalizzazione domiciliare**

Il Soggetto assicuratore, in seguito ad un ricovero indennizzabile a termini di polizza, assicura per un periodo di 120 giorni, successivo alla data di dimissioni, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica che si dovessero rendere necessarie in ragione della patologia oggetto dell'indennizzo e finalizzata al recupero della funzionalità fisica.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di € 3.000 - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato, senza applicazione di alcuna franchigia e/o di alcuno scoperto per le prestazioni eseguite da parte di strutture o singoli professionisti in convenzione e con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato del 25% in caso di prestazioni eseguite fuori convenzione per ogni sinistro.

AREA EXTRA-RICOVERO

- **Decesso dell'assicurato e rimpatrio della salma**

In caso di decesso dell'Assicurato, il Soggetto assicuratore, per anno assicurativo e per nucleo familiare, eroga:

- un rimborso forfettario di € 5.000;
- in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500.

- **Prestazioni di alta specializzazione**

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) - "anche digitale":

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia
- Accertamenti
- Holter ECG (limitatamente alla polizza FULL)
- Holter pressorio (limitatamente alla polizza FULL)

- Ecografia (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocolordoppler arti superiori e inferiori, aorta, TSA, arterie renali (limitatamente alla polizza FULL)
- Ecocardiografia (inclusa trans-esofagea)
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Biopsia (anche ECO/TC guidata)
- Densitometria ossea (limitatamente alla polizza FULL)
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia (inclusa scintigrafia miocardica da sforzo)
- Tomografia Computerizzata (TC) (anche virtuale)
- Endoscopia digestiva (E.G.D.S. – Retto sigmoideo colonscopia - ERCP)
- Test genomico (Oncotype Dx), susseguente a diagnosi e/o intervento chirurgico per tumore al seno
- Terapie
- Chemioterapia
- Radianti loco-regionali
- Dialisi
- Radioterapia

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante (intendendosi per medico curante il medico abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure) contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che lo stesso alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 3.000 - da intendersi quale massimale annuo per Assicurato e con applicazione di una franchigia assoluta di € 100 per ogni prestazione.

La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

- **Prestazioni specialistiche**

Il Soggetto Assicuratore paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal proprio medico curante, con l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia, presunta o accertata, che abbia reso necessaria la prestazione pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche).

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 1.000 - da intendersi quale sotto-massimale annuo per Assicurato (rispetto al massimale di cui al punto d.) e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di una franchigia a carico dell'Assicurato di € 50 per ogni prestazione o ciclo di cura, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. La franchigia

non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

- **Ricovero per cure oncologiche**

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche, il Soggetto assicuratore riconosce un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per anno assicurativo, per il primo ricovero denunciato dall'Assicurato e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nell'annualità ricollegabili alla stessa patologia.

- **Cure odontoiatriche da infortunio**

Il Soggetto assicuratore, in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio. Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% in network e del 20% fuori network con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di € 2.500 annuale per Assicurato.

- **Trattamenti fisioterapici**

Il Soggetto assicuratore provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore provvede anche al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici per patologie cronico degenerative dell'apparato muscoloscheletrico.

Patologie o interventi chirurgici:

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare
- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture
- Patologie degenerative croniche dell'apparato muscoloscheletrico (limitatamente alla polizza FULL)

Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 5% in network e del 10% fuori network. Lo

scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale.
La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di € 500,00 annuale per Assicurato (massimale annuo per assicurato).

- **Check up preventivi**

Il Soggetto assicuratore provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno, dall'Assicurato/Assistito, in strutture sanitarie in network con il Soggetto assicuratore.

In assenza di strutture in network sia presso la provincia di domicilio/servizio che nel raggio di 60 km dall'indirizzo di residenza dell'Assicurato/Assistito, il Soggetto assicuratore rimborsa le medesime prestazioni effettuate in strutture fuori network fino al raggiungimento di un importo pari a € 150,00.

POLIZZA FULL GOLD

Il massimale annuo di assistenza di cui all'art. 5.a., è innalzato a € 500.000/anno/Assistito.

Oltre alle prestazioni previste per la Polizza BASE e alle prestazioni di cui sub. 5.d., 5.h. e 5.i. limitatamente alla polizza FULL, il Soggetto assicuratore dovrà erogare indennizzi all'assicurato/Assistito per le seguenti ulteriori prestazioni:

a. tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2:

in regime di convenzione diretta (quando sia la struttura sanitaria, sia l'equipe medica siano in network) senza franchigie;

in regime rimborsale se fuori network, con lo scoperto del 20% e una franchigia di € 1.500;

in regime misto qualora la degenza abbia luogo presso una struttura in network, ma l'assistito si avvalga di equipe medica fuori network. In tal caso, sarà possibile attivare la copertura assicurativa:

- con modalità di assistenza diretta e senza franchigie, sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Sanitaria in network;

- nella forma rimborsale con applicazione di uno scoperto del 20% e un minimo indennizzabile di € 750, per la parte di spesa dovuta all'equipe medica, o singolo professionista, fuori network.

b. cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

Il Piano sanitario copre il pagamento delle spese per prestazioni diagnostiche e terapeutiche di tipo odontoiatrico e ortodontico, comprese le cure degli elementi dentari, le terapie conservative, l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, le sedute di ablazione tartaro (solo se inserite in un piano di cure), effettuate presso strutture sanitarie in network con il soggetto assicuratore.

In tali casi, gli importi dovuti saranno erogati direttamente alle strutture o al singolo professionista da parte del Soggetto assicuratore, con l'applicazione di uno scoperto del 50% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura in network all'atto dell'emissione della fattura.

Nello specifico, per ottenere il rimborso, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la scheda anamnestica compilata dal medico curante (dentista). Dai citati documenti, dovranno emergere in maniera analitica le prestazioni effettuate e il relativo costo.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale il Soggetto assicuratore rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Il limite di spesa a disposizione per la presente copertura è di € 2.500 per anno per Assistito.

- c. assistenza al parto:
 - parto naturale (con un massimo rimborsabile di € 5.000 annuo/Assistito);
 - parto cesareo (con un massimo rimborsabile di € 8.000 annuo/Assistito);
- d. laser/tecar terapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa (con un massimo rimborsabile di € 1.000 annuo/Assistito).

POLIZZA FULL PLATINUM

Oltre alle prestazioni previste per la Polizza FULL GOLD, il Soggetto assicuratore dovrà garantire:

- a. l'eliminazione di ogni tipo di franchigia e scoperto per le prestazioni di alta specializzazione e specialistiche con massimale "in concorrenza" di € 4.000 annui per assistito;
- b. l'innalzamento del limite di spesa a disposizione per le cure odontoiatriche e ortodontiche a € 3.500 annui per assistito con scoperto del 40%;



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi * *Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP*



Ci sono limiti di copertura?

Si, sono presenti i limiti di copertura indicati in ciascuna garanzia di polizza esplicitata nella sezione: "Che cosa è assicurato?"



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate (in network) con il Soggetto assicuratore;
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate (fuori network) con il Soggetto assicuratore;
- Servizio Sanitario Nazionale (rimborso del ticket).
- Strutture sanitarie convenzionate con il Soggetto assicuratore ma effettuate da medici non convenzionati.

Nella schermata principale dell'area riservata, è possibile effettuare la ricerca delle strutture, dei medici e delle prestazioni convenzionate in Italia. Per verificare la possibilità di eventuale assistenza diretta all'estero sarà necessario contattare la Centrale Operativa.

Centrale Operativa:

Il Soggetto assicuratore garantisce la disponibilità di una Centrale Operativa raggiungibile dalle 09:00 alle 18:00 (lun-ven) al numero (+39) 0422.1744105 che assicura un servizio di informazione in merito a:

- Strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
- Assistenza diretta e indiretta;
- Centri medici specializzati;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria;

	<p>- Un servizio di prenotazione per le prestazioni sanitarie garantite da polizza nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.</p> <p>Servizi di Consulenza Medica: Numero verde 800.55.40.84 (dall'Italia) Numero +39.011.74.17.180 (dall'Estero, a pagamento) La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione, suggerimento medico/sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni. Invio di un medico nei casi di urgenza (validità territoriale Italia) Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.</p> <p>L'invio di un'ambulanza (validità territoriale Italia) qualora l'assistito, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di: - Essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino ed idoneo centro ospedaliero; - Essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero; Rientrare al domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'ambulanza.</p> <p>La Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'ambulanza tenendo a proprio carico il costo sino ad un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno). Non danno luogo a prestazioni i trasporti per terapie continuative.</p>
	<p>Prescrizione: Il termine di prescrizione per il rimborso dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 c.c.).</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società, mediante struttura centralizzata dedicata alla gestione dei sinistri e alla liquidazione dei danni, provvede al pagamento dell'indennizzo, in Italia e in valuta corrente italiana il Soggetto assicuratore procede al rimborso di quanto spettante all'assistito entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento della richiesta di rimborso di cui sopra. Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale. Il Soggetto assicuratore dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso.</p>



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Come posso disdire la polizza?

Disdetta: senza tacito rinnovo

Recesso in caso di sinistro: non è previsto recesso



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge ai dipendenti e personale in quiescenza della Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria e Polizia di Stato e la copertura può essere estesa, dietro richiesta di ciascun dipendente iscritto e personale in quiescenza con costi a suo carico, al relativo nucleo familiare.



Quali costi devo sostenere?

! Costi di intermediazione: non previsti – nessun intermediario

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Per i reclami relativi al rapporto contrattuale con Poste Assicura è necessario trasmettere apposita comunicazione scritta alla Compagnia utilizzando i seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none">• Per posta a Poste Assicura S.p.A. - Gestione Reclami – Viale Europa, 190 - 00144 Roma• Oppure via fax al numero: 06.5492.4402• Oppure via e-mail all'indirizzo: reclami@poste-assicura.it <p>In ogni caso, il reclamo dovrebbe contenere i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none">• nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante
----------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • numero della polizza e nominativo del contraente • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento • indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze
All'IVASS	<p>Qualora non ti ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, puoi presentare apposito esposto a:</p> <p style="text-align: center;">IVASS Servizio Tutela del Consumatore – Divisione Gestione Reclami Via del Quirinale, 21 00187 Roma</p> <p>Tramite fax: 06.42.133.206 o via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it oppure utilizzando il fac simile reclamo IVASS per la presentazione del reclamo ad IVASS completando l'istanza con le informazioni e la documentazione di seguito</p>
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)
Negoziazione assistita	Non prevista
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Tutte le vertenze tra assistito e il Fondo, riguardanti eventuali disaccordi sulle cause e sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, verranno definite da un Collegio Arbitrale che fisserà la propria sede di lavoro, inderogabilmente, in Italia; la sede potrà essere quella del Fondo. Nel caso la società non abbia sede nel territorio italiano il Collegio dovrà fissare la sua sede a Roma.</p> <p>Il Collegio è composto da tre medici: uno nominato dal Fondo, uno nominato dall'infortunato o aventi causa, uno nominato d'accordo tra i due primi o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.</p> <p>Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni della polizza, decidono a maggioranza come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria. Le loro decisioni inappellabili impegnano le parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.</p> <p>Ciascuna delle parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.</p> <p>Liti transfrontaliere: Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it</p>
	services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it