Assicurazione temporanea caso morte a capitale e premio annuo costanti

INTESA SANPAOLO VITA

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Compagnia: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.

Prodotto: Mi Curo dei Miei

Data di aggiornamento: 27 aprile 2020. Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), 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.

L'impresa di assicurazione - nel seguito "Compagnia" - è **Intesa Sanpaolo Vita S.p.A**., società del Gruppo Intesa Sanpaolo e capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.
La Sede Legale è in Corso Inghilterra, n. 3, 10138, Torino, Italia.
Gli Uffici Amministrativi sono in Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano, Italia.
Telefono +39 02.30511 – Fax +39 02.3051.8188

Il sito internet è: www.intesasanpaolovita.it
L'indirizzo di posta elettronica certificata è: comunicazioni@pec.intesasanpaolovita.it

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. è un'impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 17260 del 15 ottobre 1987 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 251 del 27 ottobre 1987.
Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. è stata costituita a Bologna in data 23 dicembre 1986, è iscritta al Registro delle Imprese di Torino al numero 02505650370 e all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al numero 1.00066.

Situazione patrimoniale della Compagnia

Dati dell'ultimo bilancio d'esercizio (anno 2019) redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:

Patrimonio netto: 3.397,34 milioni di euro, di cui:
- capitale sociale: 320,42 milioni di euro;
- totale delle riserve patrimoniali: 3.076,92 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet della Compagnia al seguente link: www.intesasanpaolovita.it/it/chi-siamo/dati-finanziari/solvency-ii**.** Di seguito alcuni dati presenti nella relazione:

Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)	Requisito patrimoniale minimo (MCR)	Fondi propri ammissibili a copertura del SCR	Fondi propri ammissibili a copertura del MCR	Indice di solvibilità (solvency ratio)
2.768,2 milioni di euro	1.245,7 milioni di euro	6.135,32 milioni di euro	5.765,0 milioni di euro	222%

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Nel presente contratto la figura del Contraente, ossia il Cliente titolare del contratto, coincide con quella dell'Assicurato, ossia la persona sulla cui vita è stipulata la polizza e alla cui vita è collegata la prestazione assicurata prevista dal contratto. Il Contraente-Assicurato viene di seguito indicato come il "Cliente".

Se il Cliente è in vita alla data di scadenza, il contratto si estingue e i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

Non vi sono ulteriori informazioni aggiuntive rispetto al DIP Vita.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	La copertura assicurativa non opera qualora il decesso sia causato da: • dolo del Beneficiario; • suicidio del Cliente; • partecipazione attiva del Cliente a delitti dolosi (compiuti o tentati), sommosse o tumulti popolari; • guerra (anche non dichiarata), insurrezioni; • contaminazione biologica e/o chimica connessa –direttamente o indirettamente – ad atti terroristici; • trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, da accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili); • abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza del Cliente; • infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; • disturbi psicotici, disturbi depressivi, disturbi bipolari (forme maniaco-depressive), disturbi di personalità, sindromi organiche cerebrali preesistenti e diagnosticati al Cliente prima della data di decorrenza della copertura; • incidenti di volo se il Cliente viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio; • uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio); • uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; • guida di veicoli e natanti a motore senza relativa abilitazione a norma delle disposizioni in vigore; • dalla pratica di immersioni subacquee non in apnea, sport aerei in genere, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sport estremi in genere; • malattia infettiva in fase di epidemia (quest'ultima intesa come manifestazione collettiva della malattia, che rapidamente si diffonde fino a colpire mortalmente un gran numero di persone, con diffusione su larga scala), in relazione alla quale sia stato dichiarato lo stato di emergenza dalle autorità nazionali competenti (o dichiarazione equivalente). Tale esclusione permane fintanto che l'autorità competente non revochi il predetto stato di emergenza.

Ci sono limiti di copertura?

- **Cumulo Capitale Assicurato**
  La Compagnia, alla data di sottoscrizione del contratto, effettua verifiche sui limiti di cumulo del Capitale Assicurato e rifiuta l'assunzione del rischio qualora siano in vigore:
  - altri contratti di assicurazione Mi Curo dei Miei, stipulati sullo stesso Cliente con la Compagnia, tali per cui i relativi capitali assicurati previsti da ciascun contratto sommati al Capitale Assicurato previsto dalla polizza Mi Curo dei Miei in emissione siano superiori a 200.000,00 euro;
  - altri contratti di puro rischio, aventi per oggetto il rischio di morte, stipulati sullo stesso Assicurato con la Compagnia, tali per cui i relativi capitali assicurati previsti da ciascun contratto sommati al Capitale Assicurato della polizza Mi Curo dei Miei in emissione siano superiori a 500.000,00 euro.

  Nel calcolo del cumulo vengono considerati sia i contratti già sottoscritti sia le proposte di contratti in corso di valutazione da parte della Compagnia.

Ci sono limiti di copertura?

- **Periodo di carenza**
  È previsto un periodo di 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto durante il quale la copertura assicurativa non è pienamente operante (c.d. periodo di carenza). In caso di decesso del Cliente durante il periodo di carenza la Compagnia, salvo i casi di seguito elencati, non pagherà il Capitale Assicurato e restituirà ai Beneficiari designati i premi versati.
  La carenza non si applica qualora il decesso del Cliente sia conseguenza diretta:
  - di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
  - di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del contratto;
  - di infortunio – intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni fi siche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso – avvenuto dopo la data di decorrenza del contratto.

  Il Cliente può richiedere, con costi a proprio carico, di essere sottoposto a visita medica, in una struttura medica a propria scelta, al fine di certificare l'effettivo stato di salute e pertanto non vedersi applicata la suddetta carenza.

- **Sospensione**
  Se anche un solo premio (annuale o mensile) non viene versato, il contratto si considera sospeso trascorsi 30 giorni dalla prima ricorrenza di premio (annuale o mensile) non pagato. Durante la sospensione la copertura assicurativa non è operante, pertanto, in caso di decesso del Cliente nel corso di tale periodo non è prevista alcuna prestazione da parte della Compagnia.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro: in caso di decesso del Cliente, il/i Beneficiario/i deve/devono presentare:
- comunicazione di decesso del Cliente contenente la richiesta di pagamento firmata dai Beneficiari anche disgiuntamente fra loro; sul sito della Compagnia è reperibile un esempio di modulo, ad uso facoltativo, per facilitare la raccolta delle informazioni;
- originale del certificato di morte del Cliente o sua copia autentica con indicazione della data di nascita;
- relazione del medico curante attestante la causa del decesso completa di anamnesi remota; sul sito della Compagnia è reperibile un esempio di modulo, ad uso facoltativo, per facilitare la raccolta delle informazioni mediche ai fini della liquidazione della prestazione assicurata;
- in caso di decesso conseguente a causa violenta (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio) copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- copia della cartella clinica relativa all'ultimo ricovero (eventualmente) intervenuto tra la data del decesso e il 7° anno antecedente la sottoscrizione della polizza;
- qualora la Compagnia riscontri che il Cliente abbia subito ricoveri negli ultimi 5 anni dal decesso:
  (i) se il decesso del Cliente si verifica nei primi 7 anni di durata del contratto la Compagnia potrà richiedere al Beneficiario la documentazione relativa a ricoveri del Cliente (copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica completa di anamnesi remota, compresa eventuale certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso) effettuati nei 10 anni prima della sottoscrizione della polizza e fino alla data del decesso;
  (ii) se il decesso del Cliente si verifica successivamente al 7° anno di durata del contratto la Compagnia potrà richiedere al Beneficiario la suddetta documentazione relativa a ricoveri del Cliente effettuati nei 7 anni prima della sottoscrizione della polizza e fino alla data del decesso.

Per quanto riguarda la documentazione sanitaria o relativa alle circostanze del decesso dell'Assicurato necessaria per l'erogazione della prestazione assicurata:
- la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del contratto e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di "vicinanza alla prova", per acquisire tale documentazione;
- il Beneficiario raccoglie e presenta direttamente alla Compagnia la predetta documentazione; qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla (per esempio in quanto non faccia parte degli eredi testamentari o legittimi del Cliente), potrà mettersi in contatto con la Compagnia al fine di conferirle specifico mandato affinché, nel nome e nell'interesse del Beneficiario e nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, si possa attivare per il suo recupero;
- in ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione se già in suo possesso;
- la Compagnia riconoscerà un importo fino a un massimo di 50 euro a titolo di indennità forfettaria per il costo di estrazione delle cartelle cliniche e/o certificazioni mediche; tale importo potrà essere erogato una sola volta indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti dal Cliente e verrà riconosciuto dietro presentazione di idonea documentazione comprovante la spesa sostenuta, indicando le coordinate bancarie del soggetto che sostiene la spesa.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

In presenza di categorie particolari di dati personali relativi ai Beneficiari (quali ad es. dati idonei a rilevare lo stato di salute attinenti a incapacità o infermità fisiche e/o psichiche connesse a stati giuridici come l'interdizione, l'inabilitazione o l'amministrazione di sostegno): sottoscrizione da parte dei Beneficiari dello specifico modulo di consenso al trattamento dei dati.

Se la richiesta di pagamento riguarda somme destinate a Beneficiari minori o incapaci: originale del provvedimento o dei provvedimenti del Giudice Tutelare o sua/loro copia autentica, con il quale si autorizza l'esercente la potestà parentale/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno alla riscossione del capitale destinato a Beneficiari minorenni o incapaci, nonché l'indicazione delle modalità per il reimpiego di tale capitale e l'esonero della Compagnia da ogni responsabilità.

Se la richiesta di pagamento fa riferimento a una designazione di Beneficiario nominativamente individuato:

- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti che, per quanto a conoscenza del dichiarante, il Cliente sia deceduto senza lasciare testamento;
- nel caso siano presenti disposizioni testamentarie:
  I) atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti che il Cliente sia deceduto lasciando uno o più testamenti, indicante
     (i) gli estremi del/i testamento/i;
     (ii) che il/i testamento/i, per quanto a conoscenza del dichiarante, sono gli unici conosciuti, validi e non impugnati;
  II) copia autentica del/i testamento/i, completa del relativo verbale di pubblicazione.

Se la richiesta di pagamento non fa riferimento ad una designazione di Beneficiario nominativamente individuato:

I) nel caso in cui il Cliente sia deceduto senza lasciare testamento:
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti che, per quanto a conoscenza del dichiarante, il Cliente sia deceduto senza lasciare testamento e quali sono gli eredi legittimi, il loro grado di parentela con il Cliente, la loro data di nascita e capacità di agire;

II) nel caso in cui il Cliente sia deceduto lasciando uno o più testamenti:
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da Pubblico Ufficiale da cui risulti:
  (i) che, per quanto a conoscenza del dichiarante, il Cliente sia deceduto lasciando testamento e che il/i testamento/i sono gli unici conosciuti, validi e non impugnati;
  (ii) gli estremi del/i testamento/i;
  (iii) quali sono gli eredi testamentari o in loro assenza gli eredi legittimi, il loro grado di parentela con il Cliente, la loro data di nascita e capacità di agire;
- copia autentica del/i testamento/i, completa del relativo verbale di pubblicazione.

Sul sito della Compagnia è reperibile lo schema di dichiarazione sostitutiva di atto notorio per facilitarne la compilazione.

Il Cliente proscioglie dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente contratto, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, il Beneficiario o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

I Beneficiari possono inoltrare la richiesta di liquidazione, completa della documentazione necessaria, direttamente alla Compagnia oppure tramite la Banca intermediaria.

Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto si prescrivono, per legge, nel termine di dieci anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La Compagnia è tenuta a devolvere ad un apposito Fondo per le vittime delle frodi finanziarie, istituito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, gli importi dovuti che non siano stati richiesti entro il termine di prescrizione decennale (Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni).

Liquidazione della prestazione: la Compagnia pagherà quanto dovuto entro 30 giorni dal ricevimento di tutti i documenti. Decorso tale termine, la Compagnia sarà tenuta a corrispondere agli aventi diritto, e sino alla data di effettivo pagamento, gli interessi per ritardato pagamento al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Ai sensi e per gli effetti degli Articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o reticenti rese dal Cliente, relative a circostanze tali per cui la Compagnia se le avesse conosciute non avrebbe dato il proprio consenso all'assicurazione, possono comportare le seguenti conseguenze: • se il Cliente ha agito con dolo o colpa grave sono causa di annullamento del contratto; • se il Cliente ha agito senza dolo o colpa grave non sono causa di annullamento ma in questo caso la Compagnia può recedere dal contratto.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il pagamento dei premi deve essere effettuato a favore della Compagnia autorizzando l'addebito sul conto corrente bancario detenuto presso la Banca intermediaria del contratto. L'estratto conto bancario costituisce a tutti gli effetti ricevuta di pagamento (quietanza). In caso di estinzione del conto corrente di addebito presso la Banca in cui è stato sottoscritto il contratto, il Cliente che intende mantenere operante la copertura assicurativa può contattare il Servizio Clienti della Compagnia e ricevere tutte le informazioni necessarie relative alla nuova modalità di pagamento dei premi e al recupero di tutti i premi precedenti eventualmente non pagati. In ogni caso il Cliente potrà effettuare il pagamento dei premi secondo le modalità di pagamento messe a disposizione tempo per tempo dalla Compagnia e/o dalla Banca intermediaria.
Rimborso	Non applicabile.
Sconti	Non è prevista l'applicazione di sconti sul premio da parte della Compagnia e/o da parte della Banca intermediaria.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Nel caso in cui nel corso della durata del contratto non venga corrisposto il premio (annuale o mensile), il contratto si considera sospeso trascorsi 30 giorni dalla prima ricorrenza di premio (annuale o mensile) non pagato. Durante la sospensione la copertura assicurativa non è operante, pertanto, in caso di decesso del Cliente nel corso di tale periodo non è prevista alcuna prestazione da parte della Compagnia. Entro 5 mesi dalla prima ricorrenza di premio (annuale o mensile) non pagato, il Cliente può comunque riattivare il contratto e di conseguenza ripristinare la copertura assicurativa. Trascorsi 5 mesi dalla prima ricorrenza di premio (annuale o mensile) non pagato senza che sia stata effettuata la riattivazione, il contratto si risolve di diritto e i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Recesso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a Clienti persone fisiche di età compresa tra 18 e 60 anni e residenti in Italia, che non svolgano attività lavorative rischiose, siano in buona salute e che abbiano il bisogno di assicurare al nucleo familiare un capitale per affrontare le spese in caso di decesso.

Quali costi devo sostenere?

- **Costi gravanti sul premio**
  Su ciascun premio annuo versato gravano un costo fisso e un costo variabile a titolo di spese di acquisizione e gestione amministrativa del contratto, come riportato nella tabella sottostante:

Descrizione	Costo
Costo espresso in cifra fissa applicato sul premio annuo versato	25,00 euro
Costo espresso in percentuale applicato sul premio annuo versato al netto del costo fisso	20%

Non sono previsti costi aggiuntivi per la rateazione mensile del premio.

- **Costi di intermediazione**
  La quota parte percepita in media dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto è pari a 35,10 %. Tale percentuale è stata determinata sulla base di una durata contrattuale pari a 10 anni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Gestione Reclami e qualità del servizio Viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano Fax: +39 02.3051.8072 E-mail: ufficioreclami@intesasanpaolovita.it PEC: ufficioreclami@pec.intesasanpaolovita.it. La Compagnia dovrà fornire riscontro al reclamo entro e non oltre il termine di 45 giorni dal ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di riscontro oltre il termine massimo di quarantacinque giorni da parte della Compagnia è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia: IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax: 06.42133206 PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione (obbligatoria)	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). Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.
Negoziazione assistita (facoltativa)	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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://www.ec.europa.eu/fin-net).

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Di seguito si riportano le informazioni relative al regime fiscale applicabile al contratto secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento vigente alla data di redazione del presente DIP aggiuntivo Vita. **Trattamento e detraibilità fiscale dei premi** I premi versati sul contratto non sono soggetti ad alcuna imposta. I premi pagati per le assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte sono attualmente detraibili nella misura del 19% di una somma annua non eccedente il limite di 530,00 euro. **Tassazione della prestazione assicurata** Il capitale corrisposto dalla Compagnia ai sensi del presente contratto, in seguito al decesso del Cliente, non è soggetto ad alcuna tassazione.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE AL CLIENTE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA SUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE NEL DOCUMENTO DI 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 CLIENTE (c.d. *HOME INSURANCE - AREA CLIENTI*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE IL CLIENTE POTRÀ CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.