

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

RBM Assicurazione Salute S.p.A.



Prodotto: ASTRA SALUTE

Ultima release 01/12/2018

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.

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede legale in Via Forlanini, 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) tel. +39 0422 062700 sito internet: www.rbmsalute.it; e-mail: info@rbmsalute.it; pec: rbmsalutespa@pecrbmsalute.it
La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 ed iscritta nell' Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00161.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2017

Patrimonio netto: € 163.766 migliaia di euro, di cui capitale sociale € 100.000 migliaia di euro e totale delle riserve patrimoniali € 48.622 migliaia di euro. I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio della Società. Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie). Le risultanze della valutazione del profilo di rischio della Società, vedono i seguenti parametri fondamentali:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 102.114 migliaia di euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 25.529 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 175.381 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 162.663 migliaia di euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 172% (191% al netto dell'add on di capitale).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'ampiezza dell'impegno della Società è rapportata ai massimali ed alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni avvenuti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

	<p>7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;</p> <p>8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;</p> <p>9) l'interruzione volontaria della gravidanza;</p> <p>10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo mese di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio rimborsabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, rimborsabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;</p> <p>11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici, effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale, ad eccezione di quelle riportate nel punto "Cure dentarie";</p> <p>12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto alla lettera D "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite";</p> <p>13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza;</p> <p>14) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto alla lettera I) "Fisioterapia" riguardo all'agopuntura manu medica;</p> <p>15) ricoveri in lungodegenza;</p> <p>16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione Assicurata di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;</p> <p>17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;</p> <p>18) gli interventi di chirurgia finalizzata alla cura dell'obesità (bariatrica), ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;</p> <p>19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel paragrafo "Dopo il ricovero" della garanzia descritta alla lettera A) "Ricoveri con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi ambulatoriali, Parto fisiologico, Parto cesareo/Aborto terapeutico";</p> <p>20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);</p> <p>21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;</p> <p>22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;</p> <p>23) ricoveri impropri;</p> <p>24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;</p> <p>25) le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza, salvo quanto previsto all'art. 25 "Patologie pregresse";</p> <p>26) i parafarmaci e i medicinali non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;</p> <p>27) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;</p> <p>28) partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;</p> <p>29) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società.

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/persona e gli scoperti/franchigie per evento.

PROTEZIONE BASE

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C-D)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, ICA, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale In Network Out Network Misto Parto naturale Parto cesareo/aborto terapeutico	€ 150.000 100% scoperto 20% - min. € 1.000,00 per evento (€ 250,00 in caso di DH/DS/ICA) previsto € 1.500,00 € 3.000,00
B) Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) In Network Out Network	da elenco 100% scoperto 20% - min. € 500,00, max € 6.000,00 per evento
C) Indennità sostitutiva	€ 100,00 al giorno, max 300 gg. (50% in caso di DH/DS)
D) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
Pre/post Limite retta di degenza Out Network Accompagnatore Trasporto	90/90 gg. max € 300 al giorno € 50,00 al giorno - max 50 giorni € 2.000,00
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (E-F-G-H)	
E) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard Massimale In Network Out Network Ticket	da elenco € 2.000,00 franchigia € 50,00 scoperto 20%, min. € 60,00 per evento 100%
F) Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni: In Network Out Network Assistenza infermieristica domiciliare Ticket	non previsto
G) Lenti/Occhiali Massimale In Network/ Out Network Ticket	non previsto
H) Medicinali Massimale Farmaci generici/Ticket	€ 250,00 50%

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (I)		
I) Fisioterapia		
Fisioterapia da infortunio	Massimale	non previsto
	In Network	
	Ticket	
Fisioterapia da malattia	Massimale	non previsto
	In Network	
	Ticket	
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (J)		
J) Dentarie		
Massimale	In Network/ Out Network	non previsto
	Ticket	
Servizi aggiuntivi Previmedical		
a.	Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	previsto
b.	Servizio di guardia medica permanente	
c.	Second opinion	
d.	Tutoring	
e.	Servizio card	


PROTEZIONE ALTA


Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C-D)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, ICA, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	
Massimale	€ 250.000
	100%
	scoperto 20% - min. € 1.000,00 per evento (€ 250,00 in caso di DH/DS/ICA)
	previsto
Parto naturale	€ 2.500,00
Parto cesareo/aborto terapeutico	€ 5.000,00
B) Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM)	da elenco
	100%
	scoperto 20% - min. € 500,00, max € 6.000,00 per evento
C) Indennità sostitutiva	€ 150,00 al giorno, max 300 gg. (50% in caso di DH/DS)


D) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
<i>Pre/post</i> Limite retta di degenza Out Network Accompagnatore Trasporto	100/100 gg. max € 300 al giorno € 70,00 al giorno - max 50 giorni € 3.000,00
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (E-F-G-H)	
E) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard Massimale In Network Out Network Ticket	da elenco € 3.000,00 franchigia € 50,00 scoperto 20%, min. € 60,00 per evento 100%
F) Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale In Network Out Network Assistenza infermieristica domiciliare Ticket	€ 2.000,00 franchigia € 50,00 scoperto 20%, min. € 60,00 per evento max. € 36,00 al giorno, max € 500,00 all'anno 100%
G) Lenti/Occhiali Massimale In Network/ Out Network	€ 250,00 franchigia € 30,00 per evento
H) Medicinali Massimale Farmaci generici/Ticket	€ 250,00 50%
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (I)	
I) Fisioterapia Fisioterapia da infortunio Massimale In Network Ticket Fisioterapia da malattia Massimale In Network Ticket	non previsto
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (J)	
J) Dentarie Massimale In Network/ Out Network Ticket	con pacchetto prevenzione € 1.000,00 a tariffario 100%
Servizi aggiuntivi Previmedical	
a. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	previsto
b. Servizio di guardia medica permanente	
c. Second opinion	
d. Tutoring	
e. Servizio card	


PROTEZIONE TOTALE	
Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C-D)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, ICA, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale In Network Out Network Misto Parto naturale Parto cesareo/aborto terapeutico	€ 500.000 100% scoperto 20% - min. € 1.000,00 per evento (€ 250,00 in caso di DH/DS/ICA) previsto € 4.000,00 € 8.000,00
B) Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) In Network Out Network	da elenco 100% scoperto 20% - min. € 500,00, max € 6.000,00 per evento
C) Indennità sostitutiva	€ 200,00 al giorno, max 300 gg. (50% in caso di DH/DS)
D) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
<i>Pre/post</i> Limite retta di degenza Out Network Accompagnatore Trasporto	120/120 gg. max € 300 al giorno € 120,00 al giorno - max 50 giorni € 4.000,00
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (E-F-G-H)	
E) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard Massimale In Network Out Network Ticket	da elenco € 5.000,00 franchigia € 40,00 scoperto 20%, min. € 50,00 per evento 100%
F) Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale In Network Out Network Assistenza infermieristica domiciliare Ticket	€ 5.000,00 franchigia € 30,00 scoperto 20%, min. € 50,00 per evento max. € 36,00 al giorno, max € 500,00 all'anno 100%
G) Lenti/Occhiali Massimale In Network/ Out Network	€ 500,00 franchigia € 30,00 per evento
H) Medicinali Massimale Farmaci generici/Ticket	€ 250,00 50%
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (I)	
I) Fisioterapia Fisioterapia da infortunio	


Fisioterapia da malattia	Massimale	€ 600,00
	In Network	100%
	Ticket	100%
	Massimale	€ 300,00
	In Network	100%
	Ticket	100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (J)		
J) Dentarie		con pacchetto prevenzione
Massimale		€ 2.000,00
	In Network/ Out Network	a tariffario
	Ticket	100%
Servizi aggiuntivi Previmedical		
a.	Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	previsto
b.	Servizio di guardia medica permanente	
c.	Second opinion	
d.	Tutoring	
e.	Servizio card	


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità, comunicandolo alla Società per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato ha la facoltà di accedere, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, ad alcune prestazioni sanitarie ed odontoiatriche erogate dalle strutture appartenenti al Network reso disponibile dalla Società.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare un Voucher Salute entro 7 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di autorizzazione completa e per la quale abbiano avuto esito positivo le verifiche tecnico-mediche-assicurative. L'Assicurato, previa prenotazione, potrà effettuare la prestazione presso la struttura riportata nel Voucher entro 30 giorni dal rilascio di quest'ultimo. L'esecuzione della prestazione entro 30 giorni è garantita esclusivamente con riferimento alle strutture proposte dalla Centrale Operativa. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno. Il premio dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato come riportato sul certificato di polizza, oppure mediante pagamento mensile secondo la modalità di pagamento prescelta. Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).
Rimborso	Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, la Società provvederà alla restituzione del premio versato al netto di ogni imposta applicabile, degli oneri fiscali e parafiscali e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto di assicurazione ha una durata di 1, 3 o 5 anni a partire dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio o della prima rata di premio; si precisa che il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti convenzionati con il Network non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso). La polizza prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Se il Contraente non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. In questo caso il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie non è riconosciuto dalla Società fino ad incasso avvenuto (dopo incasso). Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione. In caso di pagamento dei premi successivo al 15° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di carenza.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il Contraente nel caso di conclusione del contratto a distanza ha la facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla sottoscrizione del contratto, secondo quanto previsto dall'art. 67 duodecies del Codice del Consumo. Il diritto di ripensamento dovrà essere esercitato tramite invio di raccomandata a/r da spedire a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Sede Legale - via E. Forlanini, 24 - 31022, Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde. Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, la Società provvederà alla restituzione del premio versato al netto di ogni imposta applicabile, degli oneri fiscali e parafiscali e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia.
Risoluzione	Non sono previsti casi, oltre quelli previsti dalla legge, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto assicurativo è destinato a persone che intendono ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia.	

 Quali costi devo sostenere?	
Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami di RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">- tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Società www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line;- tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde;- via fax al numero 0422/062909;- via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it. <p>Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire una risposta chiara e completa, è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato;- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall' Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega alla presentazione del reclamo sottoscritta dall' Assicurato e copia del relativo documento d'identità;- numero di pratica;- sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando obbligatoriamente 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).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.