

Malattie



Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Informiamo che nel sito www.aviva.it è possibile accedere all'Area Clienti selezionando l'apposito link presente in home page: dopo la registrazione l'utente riceverà la password al suo indirizzo di posta elettronica.

A. INFORMAZIONI SULLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Aviva Italia S.p.A., Società del Gruppo Aviva, sede legale e sede sociale in Italia Via Scarsellini 14 20161 Milano – Recapito telefonico 022775.1 - sito internet: www.aviva.it

Indirizzo di posta elettronica:

- per informazioni di carattere generale: aviva_italia_spa@legalmail.it
- per informazioni relative ai sinistri: liquidazione_sinistri@aviva.com

Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 - Iscrizione all'Albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

In base all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare del patrimonio netto di Aviva Italia S.p.A. è pari a Euro 162.118.707,00 di cui il Capitale Sociale ammonta a Euro 45.684.400,00 e le Riserve Patrimoniali a Euro 104.410.151,00.

L'**indice** di solvibilità della Società calcolato in funzione del requisito di capitale basato sullo specifico profilo di rischio della Società stessa è pari al 148%.

L'**indice** di solvibilità calcolato sul requisito minimo patrimoniale richiesto è pari al 329%.

Per ogni dettaglio si rimanda alla sezione E del documento "SFCR" (Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria) pubblicato sul sito della Società.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: l'assicurazione può avere una durata annuale o poliennale. Non è previsto il tacito rinnovo e quindi il contratto scadrà automaticamente alle ore 24:00 del giorno indicato in polizza.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 5 – Decorrenza e scadenza dell'assicurazione – Art. 9 – Proroga dell'Assicurazione; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La Società garantisce nel corso della durata contrattuale le seguenti coperture assicurative:

- a) Rimborsamento spese di cura – (garanzia opzionale: "Accertamenti diagnostici");
- b) Diaria di ricovero completa – (garanzie opzionali: "Diaria Convalescenza e Diaria malattie oncologiche);
- c) Diaria di ricovero da malattie.

- **Decorrenza e scadenza dell'assicurazione**

L'assicurazione decorre:

- per gli infortuni, dalle ore 24:00 del giorno in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie, dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione;
- per l'aborto (sempreché praticato nei termini consentiti dalla legge) e per le malattie dipendenti dalla gravidanza, **dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo** a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione e purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;
- per il parto, **dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo** a quello in cui, a seguito del pagamento del premio, ha effetto l'assicurazione.

L'assicurazione, salvo quanto previsto dall'Art. 8 – Recesso in caso di sinistro – scade alle ore 24:00 del giorno indicato in polizza; di conseguenza l'assicurazione non vale per alcun indennizzo o rimborso riferiti al periodo di tempo successivo alla data di scadenza della polizza.

a) **RIMBORSO SPESE DI CURA (Sez.A)**

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza della somma assicurata per anno assicurativo e per persona o per nucleo familiare, le spese sostenute nei casi di ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o pronto soccorso e degenza in day hospital, resi necessari da malattia o infortunio; le spese sostenute per parto cesareo e aborto terapeutico o spontaneo comportanti il ricovero; le spese sostenute per parto non cesareo e malattie dipendenti dalla gravidanza comportanti il ricovero.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 18.1 – Oggetto dell'assicurazione – punti a), b), c), d); della Sezione "A" delle Norme che regolano l'Assicurazione Rimborsamento Spese di Cura. La copertura assicurativa prevede inoltre una garanzia opzionale per "Accertamenti diagnostici".

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 19.1 – Oggetto dell'assicurazione – Art. 19.2 – Liquidazione indennizzo; della Sezione "A" delle Norme che regolano l'Assicurazione Rimborsamento Spese di Cura.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di scoperti, massimali ed esclusioni.
Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 18.2 – Forma assicurativa – Art. 18.3 – Diaria Sostitutiva – Art. 19.2 – Liquidazione indennizzo – Art. 20 – Esclusioni; della Sezione “A” delle Norme che regolano l’Assicurazione Rimborso Spese di Cura.

ESEMPIO DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO RIMBORSO SPESE DI CURA – ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l’Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dei limiti d’indennizzo.

RICOVERO CON INTERVENTO MASSIMALE € 30.000,00	SPESE SOSTENUTE	RIMBORSO
Casa di cura privata	<ul style="list-style-type: none"> • accertamenti precedenti il ricovero (nei 100 gg.) € 1.000,00 • intervento e degenza € 10.000,00 • cure post ricovero (nei 100 gg.) € 3.000,00 	€ 14.000,00
Casa di cura privata	<ul style="list-style-type: none"> • accertamenti precedenti il ricovero (nei 100 gg.) € 5.000,00 • intervento e degenza € 40.000,00 • cure post ricovero (nei 100 gg.) € 10.000,00 	€ 30.000,00 (vale il limite del massimale assicurato)
Ospedale pubblico S.S.N. – ricovero di 30 gg (Es. ingresso 01/07/2010 – uscita 30/07/2010)	nessuna	€ 3.480,00 (€ 120,00 al gg. x 29gg. di ricovero) il primo e l’ultimo giorno sono parificati ad un solo giorno di ricovero

RICOVERO PER PARTO CESAREO MASSIMALE € 5.000,00	SPESE SOSTENUTE	RIMBORSO
Ricovero per parto cesareo in casa di cura privata avvenuto dopo 300 gg. dalla decorrenza della polizza	<ul style="list-style-type: none"> • onorari equipe chirurgica € 10.000,00 • assistenza medica € 1.000,00 • rette di vitto e pernottamento € 3.000,00 	€ 5.000,00
Ricovero per parto cesareo in casa di cura privata avvenuto dopo 100 gg. dalla decorrenza della polizza	<ul style="list-style-type: none"> • onorari equipe chirurgica € 10.000,00 • assistenza medica € 1.000,00 • rette di vitto e pernottamento € 3.000,00 	nessuno (vale la carenza di 300 gg.)

AVVERTENZA: L’Assicurazione vale per persone di età non superiore ai 75 anni.
Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti : Art. 18.5 – Limite di età; della sezione “A” delle Norme che regolano l’Assicurazione Rimborso Spese di Cura.

b) DIARIA DI RICOVERO COMPLETA (Sez.B)

La Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della polizza, liquiderà la diaria assicurata nei casi di ricovero per malattia, infortunio, parto con o senza taglio cesareo, aborto terapeutico o spontaneo, oppure il 50% della diaria assicurata nei casi di day hospital per malattia e infortunio.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 21.1– Oggetto dell’assicurazione; della Sezione “B” delle Norme che regolano l’Assicurazione Diaria di Ricovero Completa. La garanzia prevede inoltre delle garanzie opzionali. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 22.1– Oggetto dell’assicurazione (Diaria Convalescenza) – Art. 23.1 – Oggetto dell’assicurazione (Diaria malattie oncologiche); della Sezione “B” delle Norme che regolano l’Assicurazione Diaria Ricovero Completa.

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO DIARIA RICOVERO – DIARIA CONVALESCENZA – DIARIA MALATTIE ONCOLOGICHE.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l’Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dell’indennizzo.

DIARIA DI RICOVERO € 160,00 al giorno	CAUSA DEL RICOVERO	INDENNIZZO	NOTE
10 gg.	infortunio	€ 1.440,00 (€ 160,00 x 9 gg.)	Il giorno di entrata e di uscita dall’istituto è considerato un’unica giornata
1 gg. senza pernottamento	infortunio	€ 80,00	L’indennità per day hospital corrisponde al 50% della diaria assicurata

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di esclusioni.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 25 – Esclusioni; della Sezione “B” delle Norme che regolano l’Assicurazione Diaria Ricovero Completa.

AVVERTENZA: L’Assicurazione vale per persone di età non superiore ai 75 anni.

Per la garanzia opzionale Diaria Convalescenza non è assicurabile la persona di età inferiore ai 15 anni e superiore ai 70 anni.

Per la garanzia opzionale Diaria Malattie Oncologiche non è assicurabile la persona di età superiore ai 75 anni. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti : Art. 21.2 – Limite di età; della Sezione “B” delle Norme che regolano l’Assicurazione Diaria Ricovero Completa.

c) DIARIA DI RICOVERO DA MALATTIA (Sez.C)

La Società, in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della polizza, liquiderà la diaria assicurata nei casi di ricovero per malattia e parto con taglio cesareo. **Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 26.1 – Oggetto dell’assicurazione; della Sezione “C” delle Norme che regolano l’Assicurazione Diaria Ricovero da Malattie.**

ESEMPI DI LIQUIDAZIONE DI SINISTRO DIARIA DI RICOVERO DA MALATTIE.

Di seguito si riportano alcune esemplificazioni per facilitare l'Assicurato nella comprensione dei meccanismi di funzionamento dell'indennizzo.

DIARIA DI RICOVERO € 50,00 al giorno	CAUSA DEL RICOVERO	INDENNIZZO	NOTE
10 gg.	malattia	€ 450,00 (€ 50,00 x 9 gg.)	Il gg. di entrata e di uscita dall'istituto è considerata un'unica giornata
5 gg di ricovero per parto con taglio cesareo avvenuto dopo 300 gg. dalla decorrenza della polizza	parto cesareo	€ 200,00 (€ 50,00 x 4 gg.)	Il gg. di entrata e di uscita dall'istituto è considerata un'unica giornata

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di esclusioni.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 27 – Esclusioni; della Sezione “C” delle Norme che regolano l'Assicurazione Diaria Ricovero da Malattie.

AVVERTENZA: L'Assicurazione vale per persone di età non superiore ai 65 anni.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti : Art. 26.2 – Limite di età; della Sezione “C”; delle Norme che regolano l'Assicurazione Diaria da Ricovero da Malattie.

AVVERTENZA: Il contratto prevede delle carenze.

Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 5 – Decorrenza e scadenza dell'assicurazione; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti o conseguenze sulla prestazione; per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti : Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Art. 14 – Cessazione dell'assicurazione; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

AVVERTENZA: Per le coperture assicurative di cui alla Sezione “A” e Sezione “B” deve essere compilato e sottoscritto il questionario sanitario da parte di ogni Assicurato in maniera completa, precisa e veritiera.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. **Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti :** Art. 3 – Aggravamento del rischio; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

6. Premi

La polizza malattia puo' avere durata annuale o poliennale. In ogni caso non sono di norma ammesse polizze di durata inferiore all'anno.

Il pagamento del premio avviene con periodicità annuale. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti: **Art. 5 – Decorrenza e scadenza dell'assicurazione; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.**

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono i seguenti:

- Assegno bancario/circolare/postale, munito della clausola di non trasferibilità;
- Bonifico bancario;
- denaro contante, con il limite massimo previsto dalle normative vigenti;
- Carta di credito;
- Carta di debito;

E' ammesso il frazionamento del premio in rate semestrali e l'aumento previsto per il frazionamento semestrale è del 3%.

I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è stata assegnata la polizza oppure alla Società.

AVVERTENZA: La Società o l'intermediario potrà applicare sconti di premio (più di 2 persone) in base:

- al numero di persone assicurate
- massimale per nucleo anziché massimale per persona

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il premio, salvo sia diversamente convenuto in polizza, sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del “numero indice nazionale dei servizi sanitari e spese per la salute” elaborato dall'istituto centrale di statistica (ISTAT).

Prima del termine di ogni periodo assicurativo annuo il Contraente può rinunciare all'adeguamento automatico della polizza con preavviso di 15 giorni a mezzo lettera raccomandata.

Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti : **Art. 12 – Indicizzazione; delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.**

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze, mentre 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.

9. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art.180 del Codice delle Assicurazioni, al contratto si applicherà la legge Italiana.

10. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente

11. Diritto di recesso

AVVERTENZA: Sia per il Contraente che per la Società è prevista la possibilità di recedere dal contratto secondo le modalità descritte ai seguenti : **Art. 8 – Recesso in caso di sinistro; delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.**

In caso di contratto di durata poliennale, a fronte della quale il Contraente ha ottenuto dalla Società di assicurazioni una riduzione di premio, se la durata contrattuale supera i 5 anni l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni mediante lettera raccomandata, senza oneri, e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La denuncia dell'infortunio o della malattia con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società o all'Intermediario al quale è assegnata la polizza, entro tre giorni dall'infortunio o dalla malattia o dal momento in cui il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria.

Le spese relative ai certificati medici e quelle di cura, salvo sia stato contrariamente convenuto, sono a carico dell'Assicurato. Per maggiori dettagli si rinvia ai seguenti : **Art. 15 – Denuncia del Sinistro e obblighi relativi; delle Norme che regolano i sinistri.**

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per scritto ad Aviva Italia S.p.A. - Servizio Reclami - Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano - Fax 02.2775.245 - cureclami@aviva.com.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a IVASS – Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Fax 06.42133.353/745 - Numero Verde 800-486661.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, utilizzando l'apposito modello reperibile nella sezione "Reclami" del sito della Società, dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), l'individuazione del soggetto di cui si lamenta l'operato con una breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela, copia della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società ed eventuale riscontro fornito dalla stessa, nonché ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere ai seguenti sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale:

- **Mediazione obbligatoria**, prevista dal Decreto Legislativo 28/2010 e successive modificazioni introdotte con il decreto legge 69/2013 convertito, con modificazioni, nella legge 98 del 09/08/2013.

Per avviare la mediazione occorre, con l'assistenza di un avvocato, presentare un'istanza ad uno degli Organismi di mediazione imparziali iscritti nell'apposito registro istituito presso il Ministero di Giustizia (consultabile sul sito www.giustizia.it) ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale in relazione ai contratti assicurativi in generale;

- **Negoziazione assistita**, prevista dal Decreto legge 132/2014 convertito, con modificazioni, nella legge 162 del 10/11/2014. Tale sistema costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale per chi intenda:

- o esercitare in giudizio un'azione in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti;
- oppure

- o proporre in giudizio una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti € 50.000, ad eccezione delle controversie assoggettate alla disciplina della cosiddetta mediazione obbligatoria (ovvero esclusi i contratti assicurativi in generale).

14. Arbitrato

Per le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente da infortunio o da malattia, sulla natura della malattia o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente Giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. **Si rinvia ai seguenti : Art.16 – Arbitrato; delle Norme che regolano i sinistri.**

AVVERTENZA: Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento dei sistemi conciliativi previsti a livello normativo o convenzionale.

Aviva Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale

VITTORIO GIUSTI



GLOSSARIO

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione "residente nel territorio della Repubblica Italiana".

Assicurazione

Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento del premio da parte del Contraente, si obbliga ad indennizzare o rimborsare l'Assicurato entro i limiti convenuti in caso di sinistro.

Carenza

Il periodo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione della polizza durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e di altre persone.

Convalescenza

Il periodo necessario per il recupero dello stato di salute compromesso da un infortunio o da una malattia.

Day Hospital

La degenza in regime diurno in Istituto di Cura che richiede assistenza medica ed infermieristica continua.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di Cura

L'ospedale, la Clinica o la Casa di Cura regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria ospedaliera esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

L'alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, che non dipende da un infortunio, clinicamente e oggettivamente constatabile, insorta per la prima volta in epoca non antecedente al 30° giorno dalla data di decorrenza della polizza.

Malattia oncologica

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.

Massimale

Massimo entro il quale la Società è impegnata ad offrire la prestazione d'indennizzo.

Nucleo familiare

Insieme dei componenti la famiglia del Contraente, anche se non a carico purchè con lui conviventi.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza comportante almeno un pernottamento in Istituto di Cura.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Per data del sinistro si intende il primo giorno di ricovero o di degenza in day hospital o il giorno dell'intervento chirurgico senza ricovero o day hospital.

Più ricoveri, più day hospital, più interventi chirurgici o più accertamenti diagnostici o più terapie per malattie oncologiche si considerano un solo sinistro, purché verificatisi nell'ambito dell'operatività e della durata dell'assicurazione, in quanto ricollegabili alla stessa malattia o allo stesso infortunio.

Società

Aviva Italia S.p.A.

Spese di cura

Le spese sostenute dall'Assicurato rese necessarie da evento indennizzabile.

PAGINA NON SCRITTA

PAGINA NON SCRITTA

Aviva Italia S.p.A.

Via A. Scarsellini 14 - 20161 Milano

www.aviva.it

Tel: +39 02 2775.1

Fax: +39 02 2775.204

Pec: aviva_italia_spa@legalmail.it



Aviva Italia S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Via A. Scarsellini 14 20161 Milano Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1277308 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 09197520159 Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00005