

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti**

## Che tipo di assicurazione è?

Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") o nel tempo libero ("rischio extraprofessionale"), o in entrambi i casi ("rischio professionale ed extra").

Il prodotto offre anche la copertura della invalidità permanente che insorge da malattia.



## Che cosa è assicurato?

### PRESTAZIONI INFORTUNI

#### A) Invalidità permanente da infortunio (obbligatoria)

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che comporti la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della propria capacità allo svolgimento di un qualsiasi lavoro:

- ✓ corrisponde un indennizzo che sarà calcolato sulla somma base indicata in polizza per invalidità permanente di grado pari o superiore al 10% ma non al 25% oppure su un importo pari al doppio o al quadruplo del capitale assicurato, a seconda che il grado di invalidità residua sia rispettivamente pari o superiore al 25% e al 50%.

#### B) Indennità giornaliera per ricovero in caso di infortunio (compresa con garanzia Invalidità permanente da infortunio)

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da infortunio:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero.

Con pagamento di un premio aggiuntivo, è possibile estendere la copertura ad ulteriori garanzie, a scelta dell'Assicurato:

#### C) Morte da infortunio

La Società, a seguito di infortunio dell'Assicurato che abbia come conseguenza la morte:

- ✓ corrisponde l'indennizzo ai beneficiari;
- ✓ qualora, nel medesimo evento, deceda anche il coniuge, non legalmente separato, corrisponde, esclusivamente ai figli minori ed in parti uguali, un'ulteriore capitale pari a quella assicurato per il caso morte.

### PRESTAZIONI MALATTIA

#### D) Indennità per ricovero da malattia

La Società, in caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da malattia:

- ✓ corrisponde un'indennità giornaliera per un determinato periodo di ricovero;
- ✓ rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato in caso di ricovero che abbia dato luogo ad intervento chirurgico, relativamente a: i) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche fuori dall'istituto di cura; ii) trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura.

Qualora il ricovero abbia una durata continuativa superiore a 15 giorni, a partire dal 16° giorno l'indennità si intende raddoppiata.

#### E) Invalidità permanente da malattia

La Società, in caso di invalidità permanente dell'Assicurato conseguente a malattia manifestatasi nel periodo di validità del contratto:

- ✓ corrisponde un indennizzo proporzionale al grado d'invalidità permanente e al capitale assicurato.

### SOMME ASSICURATE

La Società indennizza l'Assicurato nei limiti delle indennità, dei massimali e dei capitali assicurati indicati sulla scheda di polizza e sottoscritti dal Contraente.



## Che cosa non è assicurato?

Di seguito si riporta una sintesi delle principali esclusioni. Restano valide le informazioni di dettaglio fornite, per ogni tipologia di garanzia, nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate.

L'assicurazione non è prestata per le persone di età superiore a 80 anni, ad eccezione della garanzia Invalidità permanente da malattia che vale per persone di età fino a 65 anni.

Sono esclusi gli infortuni causati:

- ✗ dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta;
- ✗ dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- ✗ da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- ✗ da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ✗ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ✗ dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- ✗ dalla pratica di paracadutismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, sollevamento pesi, arti marziali, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, immersione con autorespiratore, sci estremo;
- ✗ dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;

- ✘ Sono sempre esclusi gli infarti.

In relazione alle prestazioni malattia, sono esclusi:

- ✘ le conseguenze di malattie e gli stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato;
- ✘ le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- ✘ i trattamenti delle malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ✘ gli stati patologici correlati alla infezione da HIV, AIDS;
- ✘ le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi), cure dimagranti e dietetiche;
- ✘ la cura delle malattie dentarie e delle paradontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- ✘ l'aborto non terapeutico;
- ✘ le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- ✘ le malattie professionali.



### Ci sono limiti di copertura?

In polizza e nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono indicate le franchigie, gli scoperti e i limiti di indennizzo previsti dalle singole garanzie. Di seguito si elencano i principali.

- ! **A) Invalidità permanente da infortunio:** i) nessun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10%; ii) se il grado di invalidità permanente è superiore al 10% ma non al 25%, l'indennizzo è corrisposto solo per la parte eccedente al 10%; iii) nessuna franchigia viene applicata nel caso di invalidità permanente superiore al 25%. Per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 1.033.000 per persona e € 5.165.000 per aeromobile.
- ! **B) Morte da infortunio:** per cumulo di infortuni occorsi durante viaggi aerei, massimo indennizzo di € 1.033.000 per persona e € 5.165.000 per aeromobile.
- ! **C) Indennità giornaliera per ricovero in caso di infortunio:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 60 giorni,

per uno o più eventi nello stesso anno assicurativo: i) per ricoveri fino a 7 giorni, 0,12 euro per ogni migliaia di euro di somma base assicurata per il caso di morte e di invalidità permanente da infortunio; ii) per ricoveri superiori a 7 giorni e fino a 15, 0,25 euro per ogni migliaia di euro; iii) per ricoveri superiori a 15 giorni e fino a 60, 0,50 euro per ogni migliaia di euro. L'indennità non potrà essere superiore a 100 euro. Qualora la degenza non sia superiore a 7 giorni continuativi, non vengono indennizzati i primi 3 giorni. Il giorno di entrata e di uscita sono considerati complessivamente come una sola giornata.

- ! **D) Indennità per ricovero da malattia:** indennità giornaliera per un periodo massimo di 150 giorni, per uno o più eventi nello stesso anno assicurativo. Rimborso, entro il limite di 10 volte l'importo di indennità giornaliera stabilito in polizza e per ciascun evento: i) accertamenti diagnostici nei 90 giorni precedenti all'intervento stesso. Restano esclusi dall'indennità i primi 3 giorni di ciascun ricovero. Il giorno di entrata e di uscita sono considerati complessivamente come una sola giornata.

- ! **E) Invalidità permanente da malattia:** nessun indennizzo se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 25%; Indennizzo riconosciuto se: i) l'assicurato non ha superato l'età di 30 anni al momento del manifestarsi della malattia e l'invalidità permanente accertata risulta di grado superiore al 25% della totale; ii) l'assicurato ha superato i 30 anni di età ma non i 42 e l'invalidità permanente risulta di grado superiore al 30% della totale; iii) l'assicurato ha superato i 42 anni e l'invalidità permanente risulta di grado superiore al 35% della totale.

- ! **Garanzie A, B, C, D, E, periodo di aspettativa (carenza):** 30 giorni, elevato a 180 giorni per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, e a 300 giorni per le patologie varicose, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; 90 giorni per la garanzia invalidità permanente da malattia.

Non opera alcun termine di aspettativa per infortuni e aborto post-traumatico.

Nel caso in cui la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa operano: i) dal giorno di effetto della polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto; ii) dal giorno di effetto della presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.



### Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo.



### **Che obblighi ho?**

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio, sull'esistenza di altre polizze a copertura dello stesso e su eventuali sinistri precedenti e di compilare il questionario medico-sanitario in caso di prestazioni malattia. Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato e l'eventuale successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'inosservanza delle suddette disposizioni può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione della polizza.
- In caso di sinistro, avisare tempestivamente, e in ogni caso entro tre giorni da quando ne hai avuto conoscenza, la Società o l'Intermediario al quale è assegnata la polizza.



### **Quando e come devo pagare?**

Il premio è pagato al rilascio della polizza e può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o pagamento unico anticipato, a scelta del Contraente. In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

Il premio è comprensivo delle imposte dovute per legge.

Il premio deve essere pagato all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, carte di credito o pos, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

Il contratto ha validità dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento del premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva. Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. Nel primo caso, in mancanza di disdetta, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno; nel secondo, il contratto cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.



### **Come posso disdire la polizza?**

In caso di contratto annuale o poliennale è possibile disdire il contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza di polizza. In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

**Assicurazione Infortuni e Malattia**  
**Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni**  
**(DIP aggiuntivo Danni)**

**Compagnia: Assicuratrice Val Piave S.p.A.**

**Prodotto: "Quadrifoglio"**

*Data di realizzazione: luglio 2019*



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

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

Assicuratrice Val Piave Spa con sede legale in via Ippolito Caffi, 83 - 32100 Belluno, P. Iva Gruppo 02525520223, C.F. / Registro Imprese di Belluno 00075940254; telefono: (+39) 0437-938611 – (+39) 0437-938622 - Fax: (+39) 0437-938693.  
Sito internet: [www.valpiave.it](http://www.valpiave.it); e-mail: [valpiave@gruppoitas.it](mailto:valpiave@gruppoitas.it); PEC: [assicuratricevalpiave@pec.it](mailto:assicuratricevalpiave@pec.it)  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22.2.1963) - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030.  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di I.T.A.S. Mutua.

Il patrimonio netto ammonta a 30 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al Capitale sociale e 20 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali.  
Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 14 milioni di euro e i fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR sono pari a 40 milioni di euro; il loro rapporto determina l'indice di solvibilità di Assicuratrice Val Piave, pari al 287%. Inoltre, il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 6 milioni di euro e i fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR sono pari a 40 milioni di euro.  
I dati, riferiti al 31/12/2018 e valutati secondo le regole Solvency II, sono relativi all'ultimo bilancio approvato e possono essere riscontrati all'interno della relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet al seguente link: <https://www.gruppoitas.it/bilanci>.

Al contratto si applica la legge italiana.



**Che cosa è assicurato?**

Non sono previste ulteriori garanzie aggiuntive rispetto a quelle descritte nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni).



**Che cosa NON è assicurato?**

Non sono previste ulteriori esclusioni rispetto a quelle descritte nel Documento Informativo del prodotto assicurativo (DIP Danni).



**Ci sono limiti di copertura?**

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



**Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?**

**Cosa fare in caso di sinistro?**

**Denuncia di sinistro:**

Ad integrazione di quanto specificato nel DIP Danni, valgono i seguenti obblighi.  
La denuncia del sinistro deve contenere la certificazione medica sulla natura dell'infermità.  
Il decorso della malattia deve essere documentato da ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti.  
Si specifica che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.  
L'assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.  
L'assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

	<p>In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare: - documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero, ed ogni altra documentazione necessaria; - certificato di morte; - certificato di stato di famiglia relativo all'assicurato; - atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi; - qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; - eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.</p> <p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> Non sono previsti enti/strutture convenzionate con la Società.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b> Non sono previste ulteriori Compagnie che si occupano della trattazione dei sinistri.</p> <p><b>Prescrizione:</b> I 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 ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato 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.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	<p>In caso di infortunio, la percentuale di invalidità verrà accertata alla stabilizzazione dei postumi di natura permanente e comunque entro 12 mesi dalla data di denuncia dell'infortunio.</p> <p>In caso di malattia, la percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia. La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata al presente articolo, si impegna a fornire, entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali, l'esito della valutazione del sinistro all'assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa, e, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, a provvedere al pagamento dell'importo offerto entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.</p>



#### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Rimborso</b>	<p>È previsto il rimborso della parte di premio pagata e non goduta in caso di recesso da parte della Società per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sinistro;</li> <li>- il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle seguenti affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione: alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.</li> </ul>



#### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



#### Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Non è previsto il diritto di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.
<b>Risoluzione</b>	Nel caso di contratto a durata poliennale, l'Assicurato può recedere dal contratto trascorso il primo quinquennio o in caso di durata inferiore a cinque anni, alla scadenza contrattuale, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso viene esercitata.



#### A chi è rivolto questo prodotto?

Prodotto rivolto a coloro che intendono tutelarsi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale o nel tempo libero, o in entrambi i casi. Il prodotto offre anche la copertura della invalidità permanente che insorga da malattia. Riservato a persone di età inferiore a 80 anni per la copertura infortuni e 65 anni per le garanzie malattia.



#### Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione, a carico del Contraente, sono pari a 22,52% (al 31.12.2017).

#### COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti:
----------------------------------	--

	Assicuratrice Val Piave S.p.A. – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38122 Trento, Italia; Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it I reclami devono contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico; b) numero della polizza e nominativo del contraente; c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo; d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; f) ogni documento utile per descrivere le circostanze. Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.
<b>All'IVASS</b>	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.

<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, nelle controversie in materia di contratti assicurativi.
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<b>Arbitrato:</b> le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: <a href="https://ec.europa.eu/info/fin-net">https://ec.europa.eu/info/fin-net</a> .

<b>REGIME FISCALE</b>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	Al contratto viene applicata l'imposta sulle assicurazioni con l'aliquota del 2,50% sul premio imponibile.

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

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