beautyprotect

squarelife

Assicurazione sanitaria integrativa

DIP - Documento Informativo Precontrattuale relativo al prodotto assicurato
Compagnia assicurativa **Squarelife Insurance AG** Prodotto: **beautyprotect VIP**

Questo foglio informativo sul prodotto fornisce una breve panoramica dei contenuti essenziali della vostra assicurazione. **Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti** (ad esempio, la proposta di assicurazione, la polizza di assicurazione e le condizioni di assicurazione). Per essere pienamente informati, vi invitiamo a leggere tutti i documenti.

Che tipo di assicurazione è oggetto del contratto?
Il contratto offerto è un'assicurazione sanitaria integrativa, per il rimborso dei costi derivanti da complicanze post-operatorie della chirurgia.

Che cosa è assicurato?

- ✓ L'assicurazione copre le conseguenze di interventi di chirurgia estetica già effettuati e futuri. L'assicurazione copre tutti i trattamenti medici o estetici da complicanze impreviste, necessari per risolvere un problema di salute direttamente o indirettamente legato a un intervento di chirurgia estetica.
- ✓ La necessità del trattamento deve verificarsi per la prima volta durante il periodo di copertura assicurativa e deve essere comprovata con certificato medico da parte di uno specialista.
- ✓ Cambiamenti di forma dovuti a tessuto connettivo debole (ad esempio Waterfall-Deformity)
- ✓ Avvallamenti cutanei o irregolarità del profilo dopo liposuzione (prestazione unica per tutta la durata del contratto)
- ✓ **Prestazioni mediche privata**
  Sono coperte le cure in clinica o studio privato. I servizi vengono generalmente erogati sotto forma di importi forfettari, al massimo fino all'ammontare della somma assicurata. La tabella con l'elenco degli importi forfettari è riportata nelle condizioni di assicurazione
- ✓ **Prestazioni mediche nell'ambito delle cure di base**
  - Pagamenti per le prestazioni SSN
  - Franchigie concordate contrattualmente
  - Supplemento per la sistemazione in camera singola o doppia
  - Servizi del medico specializzato o convenzionato

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurate le complicanze che

- ✗ esistevano già prima dell'inizio dell'assicurazione
- ✗ per la quale il referto medico non ha individuato una causa chiara e inattesa.
- ✗ si basano esclusivamente su percezioni soggettive
- ✗ sono dovute alla colpa di terzi. Per i medici, l'assicurazione di responsabilità civile professionale prevista dalla legge fornisce una copertura in questo caso
- ✗ sono conseguenze di disturbi legati all'età
- ✗ sono conseguenze di malattie croniche

Ci sono limiti di copertura?

- ! Se venissero fornite informazioni false o incomplete o se i pagamenti non avvenissero tempestivamente, la copertura assicurativa potrebbe essere cancellata in tutto o in parte, per il futuro o in modo retroattivo.
- ! Inoltre, la copertura assicurativa è limitata all'importo massimo della somma assicurata. Le somme assicurate concordate sono riportate nella polizza assicurativa.

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura assicurativa per il verificarsi di un evento assicurato è valida in tutto il mondo. Il trattamento deve essere effettuato in Europa. La scelta del medico è libera.

Quando e come si paga la Polizza?

Il contributo è dovuto al momento della stipula dell'assicurazione, al più tardi prima dell'inizio delle cure da assicurare. I contributi successivi dovranno essere versati alla scadenza. Il contributo viene pagato tramite addebito diretto o carta di credito.

Che obblighi comporta la copertura assicurativa?

- Il contraente ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete soprattutto sullo stato di salute. Le dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del contratto.
- In caso di sinistro, sussiste l'obbligo di collaborazione, ad esempio nel fornire diversi documenti su nostra richiesta.
- Il verificarsi di un evento assicurato deve essere comunicato immediatamente alla compagnia assicurativa.

Quando comincia e quando finisce la copertura?

La copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il contratto assicurativo si considera concluso nel momento in cui la polizza viene inviata all'indirizzo di posta elettronica da voi fornito. Il contratto di assicurazione decorre dalla data indicata nella polizza. Il contratto assicurativo viene prorogato mensilmente dopo la durata minima del contratto, a meno che tu o noi non annulliamo. Il contratto d'assicurazione termina tuttavia al più tardi con il decesso della persona assicurata.

Come si può disdire il contratto?

Dopo la scadenza della durata minima del contratto, il contraente e la compagnia possono recedere dal contratto di assicurazione alla fine di ogni mese. In caso di risoluzione del contratto, la compagnia rispetterà un termine di preavviso di almeno un mese. Non è previsto alcun periodo di preavviso per il contraente.

A. Informazioni generali sull'assicurazione sanitaria

1 Compagnia assicurativa

Squarelife Insurance AG
Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein
info@squarelife.eu
www.squarelife.eu

Squarelife è una compagnia assicurativa iscritta nel registro pubblico del Liechtenstein con il numero: FL-0002.197.226-9. La compagnia non partecipa ad alcun fondo di garanzia.
La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria ai sensi dell'art. 100 della legge sulla sorveglianza degli assicuratori del Liechtenstein è pubblicata sulla homepage del sito della compagnia.
Iscritta nell'elenco II IVASS - imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ammesse ad operare in Italia in libertà di prestazione di servizi, n. di iscrizione 00636

2 Intermediario

quadmed AG
Industriering 14, 9491 Ruggell, Liechtenstein
info@beautyprotect.com

Nr.-Reg. 209920 FMA Autorità di vigilanza sui mercati finanziari del Liechtenstein www.fma-li.li, RC FL-0002.508.699-3. quadmed è iscritto nell'elenco degli intermediari dell'Unione Europea e gestisce il contratto di assicurazione.

3 Diritto di revoca

Avete il diritto di recedere dal vostro contratto assicurativo entro 14 giorni dal ricevimento della polizza assicurativa senza dover fornire alcuna motivazione, a condizione che l'intervento non abbia ancora avuto luogo. La disdetta deve essere effettuata per iscritto, ovvero tramite lettera o e-mail. Inviate la vostra richiesta di disdetta alla compagnia assicurativa o all'intermediario. Dopo l'annullamento, la copertura assicurativa termina e gli obblighi derivanti dal contratto vengono meno. I premi già pagati le verranno rimborsati per intero.

4 Organi di ricorso e autorità di vigilanza

L'assicurato può presentare un reclamo sia all'assicuratore (vedi punto 1), sia all'autorità di vigilanza:

Finanzmarktaufsicht Liechtenstein (FMA)
Landstrasse 109, Casella postale 279, LI-9490 Vaduz

IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)
Servizio di Tutela degli Utenti
Via del Quirinale 21 – 00187 Roma
fax +39 06 42133206
indirizzo di posta certificata: tutela.consumatore@pec.ivass.it

L'IVASS è competente per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private (D.lgs. 209/2005) e delle relative norme di attuazione nonché di quelle relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, ai sensi del Codice del Consumo (D.lgs. 206/2005). La lettera di reclamo inviata all'IVASS deve contenere almeno le seguenti informazioni: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela o insoddisfazione; copia del reclamo eventualmente presentato all'assicuratore e dell'eventuale riscontro fornito dallo stesso, corredando l'esposto di ogni documento utile per descriverne più completamente le relative circostanze. I reclami indirizzati all'IVASS dovranno essere inviati mediante il modulo prestampato da codesta autorità di vigilanza che può essere scaricato sul sito:
(https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf)
È espressamente fatta salva la possibilità di adire le vie legali.

B. Condizioni generali di assicurazione per beautyprotect VIP

1 Che tipo di assicurazione è oggetto del contratto?

Questa è un'assicurazione sanitaria integrativa.

2 Che cosa è assicurato?

L'assicurazione copre le conseguenze di interventi di chirurgia estetica già effettuati e futuri. L'assicurazione copre tutti i trattamenti medici o estetici da complicanze impreviste, necessari per risolvere un problema di salute direttamente o indirettamente legato a un intervento di chirurgia estetica.
La necessità del trattamento deve verificarsi per la prima volta durante il periodo di copertura assicurativa e deve essere comprovata con certificato medico da parte di uno specialista.

Nell'ambito dell'intervento assicurato, la tariffa VIP copre inoltre i disturbi dovuti alle seguenti condizioni:
- Cambiamenti di forma dovuti a tessuto connettivo debole (ad esempio Waterfall-Deformity)
- Avvallamenti cutanei o irregolarità del profilo dopo liposuzione (prestazione unica per tutta la durata del contratto)

Non sono assicurate le complicanze che
- esistevano già prima dell'inizio dell'assicurazione
- si basano esclusivamente su percezioni soggettive
- per la quale il referto medico non ha individuato una causa chiara e inattesa.
- sono dovute alla colpa di terzi. Per i medici, l'assicurazione di responsabilità civile professionale prevista dalla legge fornisce una copertura in questo caso
- sono conseguenze di disturbi legati all'età
- sono conseguenze di malattie croniche

3 Quali prestazioni sono assicurate?

3.1 Prestazioni in una clinica o in uno studio privato

La compagnia rimborsa il trattamento ambulatoriale o ospedaliero in struttura sanitaria pubblica o privata senza il pagamento anticipato da parte dell'assicurazione sanitaria. L'importo delle prestazioni rimborsabili si basa sulla tabella al punto C "Allegato: Tabella delle prestazioni mediche . I servizi vengono generalmente erogati sotto forma di importi forfettari, calcolati in modo da coprire interamente i costi abituali delle cure. Se a causa di un evento assicurato renderanno necessari più trattamenti ambulatoriali o ospedalieri, i forfait saranno erogati più volte fino all'ammontare della somma assicurata. Le fatture private non saranno coperte oltre l'importo forfettario.

Se dovessero essere fatturati servizi che si discostano dalle tariffe forfettarie, verrà rimborsato l'importo della fattura. Tuttavia, il rimborso totale di tutte le fatture per trattamenti ambulatoriali o ospedalieri non può superare gli importi forfettari specificati nell'allegato.

3.2 Prestazioni mediche con partecipazione del Servizio sanitario nazionale (SSN)

Nei seguenti casi, la compagnia si assume i costi rimanenti per trattamenti ambulatoriali o ospedalieri, dopo il pagamento anticipato da parte del SSN:
- Pagamenti per le prestazioni SSN
- Supplemento per la sistemazione in camera singola o doppia
- Servizi del medico specializzato o convenzionato fatturabili separatamente secondo la tabella degli onorari dei medici

3.3 Prestazioni mediche con partecipazione dell'assicurazione sanitaria privata (PKV)

Nei seguenti casi, la compagnia si assume i costi rimanenti per trattamenti ambulatoriali o ospedalieri, dopo il pagamento anticipato da parte dell'assicurazione sanitaria privata:
- Franchigie concordate contrattualmente
- Supplemento per la sistemazione in camera singola o doppia
- Servizi del medico specializzato o convenzionato fatturabili separatamente secondo la tabella degli onorari dei medici

4 Somma assicurata

L'assicuratore rimborsa le prestazioni assicurate di cui al punto 3 per ogni evento assicurato nei limiti del massimale convenuto. Il massimale convenuto è specificato nella polizza assicurativa.

5 Quando inizia e finisce la copertura assicurativa?

La durata minima concordata del contratto è riportata nel certificato di assicurazione. Dopo la scadenza della durata minima, il contratto di assicurazione si rinnova annualmente per un altro anno, salvo disdetta (v. paragrafo 6). Il contratto di assicurazione termina al più tardi con il decesso dell'assicurato.

La copertura ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

6 Come si può disdire il contratto?

Dopo la scadenza della durata minima del contratto, è possibile disdire il contratto di assicurazione con un preavviso di 30 giorni prima della successiva scadenza.

7 Dove prestare attenzione nel pagamento dei premi

Il primo premio è esigibile all'atto dell'accettazione della richiesta di copertura, tuttavia non prima della data di decorrenza della polizza indicata nel certificato di assicurazione. Tutti i premi successivi devono essere corrisposti alla relativa scadenza e nella modalità convenuta per tutta la durata del contratto.

Qualora il primo premio non fosse corrisposto tempestivamente, la copertura assicurativa non risulta operativa: in tal caso l'assicuratore ha facoltà di recedere dal contratto fintantoché il pagamento non venga effettuato. Quanto detto non trova applicazione qualora si possa dimostrare che la mancata tempestività nel pagamento non è imputabile alla persona assicurata.

Nell'ipotesi di pagamento non tempestivo o di mancato incasso di uno dei premi o costi dovuti in forza dell'assicurarazione, l'assicurato riceverà un sollecito, comunicato per iscritto e a sue spese, nel quale verrà fissato un termine di pagamento non inferiore a due settimane. La copertura assicurativa cessa qualora l'importo arretrato non fosse saldato entro il termine fissato. Il sollecito fa espressamente riferimento agli effetti giuridici.

Nel caso in cui sia stato concesso un mandato di addebito diretto SEPA, i pagamenti si intendono disposti alla scadenza, salvo il caso in cui l'addebito non vada a buon fine. Qualora non fosse possibile incassare l'importo esigibile per motivi non imputabili all'assicurato, il pagamento si intende comunque tempestivo, se effettuato immediatamente (senza ingiustificato ritardo) dopo il sollecito scritto. Qualora l'addebito non andasse a buon fine, la compagnia ha la facoltà, ma non l'obbligo, di richiedere ulteriori incassi. La compagnia ha altresì facoltà di addebitare all'assicurato i costi conseguenti al rifiuto di un addebito da parte del suo istituto di credito.

8 Chi è assicurato?

La copertura assicurativa è prevista per i pazienti che si sottopongono all'intervento di chirurgia estetica. Se non diversamente specificato nella polizza, il contraente è al tempo stesso l'assicurato.
Di norma la prestazione è erogata nei Suoi confronti ma se lo desidera può cederla anche al medico curante.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Nel caso in cui il Contraente, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo alla Compagnia a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al Contraente, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il Contraente ometta di comunicare tale variazione, la Compagnia potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che la Compagnia abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

9 Dove si applica la copertura assicurativa?

La copertura assicurativa per il verificarsi di un evento assicurato è valida in tutto il mondo. Il trattamento deve essere effettuato in Europa. La scelta del medico è libera.

10 Come si ricevono le prestazioni?

Un evento assicurato deve essere immediatamente comunicato alla compagnia. Se è richiesto un trattamento medico, sono necessari i seguenti documenti:

- Rapporti e certificati medici, incluse eventuali cartelle cliniche se presenti sulla complicanza verificatasi
- Fattura per il trattamento o conteggio delle prestazioni della compagnia assicurativa

Può accadere che questi documenti non siano sufficientemente descrittivi. Ciò significa che non è possibile valutare, sulla base dei rapporti, se vi sia un intervento successivo assicurato in conformità delle condizioni circostanziali. In tal caso, sarà possibile richiedere, a spese della compagnia, ulteriori visite mediche da parte di specialisti convenzionati, nonché le prove necessarie da parte dell'assicurato, in particolare in merito a eventuali informazioni e chiarimenti.

11 Come avviene la comunicazione?

L'assicurato può modificare alcuni elementi della copertura assicurativa direttamente dal suo account sul sito web. Tali modifiche hanno effetto immediato. Altre dichiarazioni e comunicazioni in merito alla copertura assicurativa saranno considerate valide solo se comunicate per iscritto (p. es. per e-mail) e all'atto del loro ricevimento da parte della compagnia assicurativa.

12 Dove prestare attenzione in relazione all'obbligo di notifica precontrattuale

Al momento della stipula dell'assicurazione vengono poste alcune domande che consentono di raccogliere informazioni per stimare il rischio personale dell'assicurato, che è tenuta a fornire risposte veritiere e complete (obbligo di notifica precontrattuale). In caso contrario, la compagnia può recedere dal contratto, disdirlo, impugnarlo o modificarlo con effetto retroattivo, come disciplinato dalla normativa in materia.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o 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.
Per ulteriori informazioni, è possibile consultare il documento "Indicazioni importanti per rispondere alle domande della richiesta di copertura".

13 Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto di assicurazione

Per legge i diritti derivanti dal contratto di assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Qualora l'assicurato avesse avanzato un diritto nei confronti della compagnia, ai fini del rispetto dei termini non verrà considerato il periodo che intercorre tra la comunicazione dell'assicurato e il ricevimento della decisione scritta della compagnia.

14 Diritto applicabile e foro competente

Il contratto è disciplinato dal diritto della Italia.
Per eventuali azioni giudiziarie in relazione al contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza dell'Assicurato. Qualora non avesse una residenza, si farà riferimento al luogo di soggiorno abituale. A discrezione, la persona assicurata può anche rivolgersi al tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale della compagnia o la filiale competente per il contratto. Qualora la persona assicurata trasferisse all'estero la sua residenza o il luogo di soggiorno abituale, un'azione legale derivante dal contratto è possibile presso i tribunali dello Stato in cui si trova la sede legale della compagnia.

C. Allegato: Tabella delle prestazioni mediche beautyprotect italy

Se è necessario un trattamento ambulatoriale o stazionario, forniamo prestazioni nell'ambito del seguente catalogo. In linea di principio vengono fornite le prestazioni forfettarie elencate.

Se durante il trattamento correttivo sono necessarie più correzioni, rimborseremo la prestazione forfettaria con l'importo più alto previsto da questo catalogo (le prestazioni forfettarie non vengono sommate).

Tuttavia, se a causa di un evento assicurato sono necessari più trattamenti ambulatoriali o stazionari, il massimale delle prestazioni forfettarie verranno corrisposte più volte fino all'importo della somma assicurata. Le consigliamo di consegnare questo catalogo al suo medico.

Tipo di trattamento	Prestazione PRO	Prestazione VIP
Sostituzione/reinserimento di protesi mammarie - unilaterale	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Sostituzione/reinserimento di protesi mammarie - bilaterale	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Sostituzione della protesi mammaria con rimozione completa della capsula - unilaterale	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Sostituzione della protesi mammaria con rimozione completa della capsula - bilaterale	5.000,00 EUR	10.000,00 EUR
Rimozione della protesi mammaria - unilaterale	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Rimozione della protesi mammaria - bilaterale	2.500,00 EUR	5.000,00 EUR
Rimozione della protesi mammaria e lifting – unilaterale	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Rimozione della protesi mammaria e lifting – bilaterale	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Rimozione dell'ematoma / emorragia post-operatoria	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR
Trattamento chirurgico dei disturbi della guarigione delle ferite in anestesia generale	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Terapia ambulatoriale - per seduta/appuntamento	250,00 EUR	500,00 EUR
Altro intervento chirurgico in anestesia generale < 2 ore	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Altro intervento chirurgico in anestesia generale < 3 ore	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Altro intervento chirurgico in anestesia generale < 4 ore	4.000,00 EUR	8.000,00 EUR
Altro intervento chirurgico in anestesia generale >= 4 ore	5.000,00 EUR	10.000,00 EUR
Correzione delle cicatrici in anestesia generale	2.000,00 EUR	4.000,00 EUR
Altro trattamento con anestetico locale <= 1 ora	500,00 EUR	1.000,00 EUR
Altro trattamento con anestetico locale > 1 ora	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR
Altro trattamento ospedaliero <= 2 notti	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR
Altro trattamento ospedaliero > 2 notti	3.000,00 EUR	6.000,00 EUR
Altro trattamento ospedaliero > 5 notti	5.000,00 EUR	10.000,00 EUR
Correzione Waterfall Deformity - unilaterale	Non incluso	6.000,00 EUR
Correzione Waterfall Deformity - bilaterale	Non incluso	8.000,00 EUR
Correzione irregolarità dopo la liposuzione (prestazione unica)	Non incluso	6.000,00 EUR

Le tariffe forfettarie elencate comprendono tutti i costi del trattamento, compresi i costi per il pernottamento e l'anestesia.

Questo catalogo viene regolarmente rivisto per quanto riguarda la completezza e l'adeguatezza delle tariffe forfettarie. Questo vale in particolare per gli aumenti di prezzo che incidono anche sui costi dei servizi medici. L'assicuratore si impegna a trasferire qualsiasi modifica a vantaggio dei clienti esistenti.

beautyprotect

squarelife

Assicurazione salute

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi salute diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo salute)
Impresa che realizza il prodotto: Squarelife Insurance AG
Prodotto "beautyprotect ai",
Il presente DIP aggiuntivo salute è pubblicato in data 5 marzo 2024 ed è l'ultima versione disponibile

Scopo
Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi salute diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP salute), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Squarelife Insurance AG ("Squarelife") con sede in Landstrasse 33, 9491 Ruggell, Liechtenstein, telefono +423 237 15 65, sito internet: www.squarelife.eu , e-mail: info@squarelife.eu , PEC: squarelife.pec@sicurezzapostale.it . Squarelife è iscritta al Registro delle imprese di assicurazione tenuto dalla FMA - Financial Market Authority, l'Autorità di vigilanza delle imprese di assicurazioni in Liechtenstein, al numero FL-0002.197.226-9 con provvedimento di autorizzazione n. 109964. Squarelife è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in Italia in regime di libera prestazione di servizi, è iscritta presso l'Albo delle imprese di assicurazione tenuto da IVASS con n. II.00636 ed è soggetta alla vigilanza di FMA

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, l'ammontare del patrimonio netto della Società è di Euro 11 milioni, di cui Euro 7 milioni di capitale sociale ed Euro 4 milioni di riserve patrimoniali totali. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.squarelife.eu). Il requisito patrimoniale di solvibilità è di Euro 2,8 milioni, e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) di Squarelife è 261.51%.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP salute.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP salute.

Quando e come devo pagare?

Premio:
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP salute.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata:
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP salute.

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

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP salute.

Sono previsti riscatti o riduzioni?

☐ **Sì** ☑ **No**

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

A chi è rivolto il Contratto?

Il prodotto beautyprotect è rivolto a persone fisiche che si sottopongono volontariamente ad un trattamento e/o intervento di chirurgia estetica non necessario dal punto di vista medico e che non siano previsti dal Sistema Sanitario Nazionale.

Quali costi devo sostenere?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP salute.

Come posso presentare i reclami e risolvere le controversie?

Eventuali reclami potranno essere presentati inviando una comunicazione a:
All'impresa assicuratrice
Squarelife Insurance AG
Landstrasse 33, FL-9491 Ruggell
Telefono: +423 237 15 65; email:customercare@squarelife.eu

All'FMA
Financial Market Authority Liechtenstein (FMA)
Landstrasse 109, LI-9490, Vaduz
Telefono:+4232367373; fax:+4232367374; email: info@fma-li.li

All'IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
via del Quirinale 21, IT-00187, Roma
Telefono: +39 06 421331; email: scrivi@ivass.it; pec: ivass@pec.ivass.it

Prima di ricorrere all'autorità giudiziaria è possibile avvalersi di sistemi alternativi, quali:

Mediazione: interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).

Negoziazione assistita Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

Regime fiscale

Al contratto si applica il trattamento fiscale italiano. Ai sensi dell'art. 11 della Tariffa, Allegato C, allegata alla Legge 29 ottobre 1961, n. 1216, come modificata dal D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 47 i contratti di assicurazione sulla vita di qualunque specie sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità totale permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana sono detraibili nella misura e con le modalità previste dalla normativa di riferimento tempo per tempo vigente. Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del decesso dell'Assicurato non sono soggette all'imposta sul reddito delle persone fisiche, in conformità al dettato normativo dell'art. 6, comma 2, del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 né all'imposta sulle successioni.

AVVERTENZE

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE ALL'ASSICURATO, ENTRO SESSANTA (60) GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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