

Assicurazione Diaria da ricovero da COVID-19

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP Aggiuntivo Danni)

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Valeas Daily Coronavirus

Versione n. 1 del Marzo 2020 (ultimo disponibile)

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.](#)

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 10071 Borgaro Torinese (TO) alla via Lanzo 29 e Direzione Generale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet www.nobis.it, e-mail: assicurazioni@nobis.it, PEC: nobisassicurazioni@pec.it.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo. Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

Esercizio 2018

Bilancio approvato il 29/04/2019

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 43.549.367 di cui capitale sociale € 34.013.382, riserva di sovrapprezzo € 100.382 e riserve patrimoniali € 9.435.603.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 126,18% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 280,40% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.nobis.it

Al contratto si applica la normativa italiana e lo stesso è soggetto esclusivamente alla giurisdizione italiana.



Che cosa è assicurato?

In merito alle **Garanzie Diaria da ricovero, Spese mediche, Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione e Consulti medici** non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Base. L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Nessuna

Non sono previste opzioni con aumento di premio per il prodotto Valeas Daily Coronavirus.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Nessuna

Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Valeas Daily Coronavirus.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: il contraente e/o l'Assicurato deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa chiamando il numero verde 800.894149 (dall'estero occorre comporre il numero +39.039.9890.722) e successivamente inviare denuncia per iscritto all'Impresa entro 5 giorni dalla data di accadimento del sinistro stesso o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, con l'indicazione della data, del luogo e delle sue modalità e delle ragioni del ricovero.</p> <p>E' possibile scrivere alla Compagnia utilizzando il seguente recapito: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.- Ufficio Sinistri Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 20864 - AGRATE BRIANZA (MB)</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione: si specifica che il contratto non prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.</p>
	<p>Prescrizione: così come stabilito dall'art. 2952 c.c., i diritti dell'assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Il contraente e/o l'assicurato sono obbligati a comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.</p> <p>Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il contraente/assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti (in sede di preventivazione e di sottoscrizione del contratto) che influiscano sulla valutazione del danno, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo fino alla cessazione dell'assicurazione</p>
Obblighi dell'impresa	<p>L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignorati o ipotecari.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento semestrale del premio. L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.</p> <p>Il premio è comprensivo di imposte.</p>
Rimborso	<p>Non è prevista la possibilità di rimborso del premio.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il contraente/assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento; in ogni caso il pagamento tardivo della rata di premio non determinerà un'efficacia retroattiva della copertura.</p> <p>La garanzia decorre dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none">• dalle ore 24.00 del giorno di pagamento per l'operatività della Centrale operativa;• del 45° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la "Diaria da ricovero", le "Spese mediche" e la garanzia "Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione";• del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la "Diaria da ricovero", le "Spese mediche" e la garanzia "Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione", limitatamente ai soggetti che nei trenta giorni precedenti alla sottoscrizione hanno viaggiato al di fuori della Unione Europea. <p>Resta espressamente inteso che nel caso in cui l'Assicurato dovesse uscire dal territorio della Unione Europea dopo aver sottoscritto il contratto di assicurazione, le garanzie previste nel contratto stesso s'intenderanno automaticamente sospese in forma integrale e riprenderanno efficacia solamente dopo che siano trascorsi 60 giorni dal rientro dell'Assicurato nel territorio della Unione Europea.</p>
Sospensione	<p>Non è prevista la possibilità di sospensione del contratto.</p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole;2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza;3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole;4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.
Risoluzione	<p>Resta salva la facoltà dell'assicurato di recedere dal contratto in caso di sinistro.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente contratto è rivolto:

- al soggetto persona fisica che stipula la polizza per sé e, se indicati, per i componenti del suo nucleo familiare risultanti dallo Stato di famiglia;
- al soggetto, persona giuridica, che stipula la copertura in qualità di Contraente, in favore dei propri dipendenti e collaboratori come da elenco allegato alla polizza.

Il tutto con il limite massimo di età pari a 60 anni per l'ingresso in copertura.



Quali costi devo sostenere?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del rischio assicurando e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,42% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 48,42%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it , utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito www.ivass.it , sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, 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 all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - 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.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE 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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite nel seguente documento:

- Set informativo e specifici Allegati

Che tipo di assicurazione è?

La presente polizza propone una serie di garanzie preposte alla corresponsione, da parte dell'Impresa, di un'indennità forfetaria per ogni giorno di ricovero conseguente a infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus). Inoltre, l'assicurato potrà beneficiare della garanzia "Spese mediche" qualora sostenga delle spese in conseguenza della predetta infezione e della garanzia Assistenza.



Che cosa è assicurato?

Coperture:

Diaria da ricovero:

- ✓ A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfetaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura nel solo caso in cui l'Assicurato risulti positivo al COVID-19 (c.d. Coronavirus).
- ✓ L'Impresa riconosce per ogni giorno di degenza un importo pari a euro 50,00 (cinquanta/00) per un numero massimo di giorni pari a 30. Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero, si considerano un solo giorno. In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso dell'annualità assicurativa non potrà superare l'importo di euro 1.500,00 (millecinquecento/00).

Spese mediche:

- ✓ Nel limite di euro 10.000,00 per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, non rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quale conseguenza diretta del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) fermo restando che la polizza opererà esclusivamente per soggetti con positività confermata all'infezione da COVID-19 c.d. Coronavirus.
- ✓ Per gli importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.
- ✓ Restano espressamente escluse le spese sostenute per l'effettuazione di qualsiasi accertamento diagnostico – compresi quelli di natura strumentale o di laboratorio – svolto con l'obiettivo d'individuare e certificare l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus), quale a titolo esemplificativo l'analisi del materiale biologico prelevato dalla faringe dell'Assicurato (c.d. tampone).

Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

- ✓ In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni nel solo caso in cui l'assicurato risulti positivo al COVID-19 (c.d. Coronavirus) e il ricovero stesso sia conseguente all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus), la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento per un familiare convivente o – qualora lo stato di famiglia documenti l'assenza di conviventi maggiorenni – per un'altra persona designata dall'Assicurato.
- ✓ L'Impresa prenderà in carico anche le spese sostenute per gli spostamenti con mezzi propri, a condizione che gli stessi vengano debitamente documentati.
- ✓ Detta prestazione opererà unicamente nel caso in cui il ricovero avvenga in un Istituto di Cura situato a una distanza pari o superiore a 100 km dal luogo di residenza dell'Assicurato.
- ✓ La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.
- ✓ La prestazione opererà nel limite di euro 10.000,00 per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo.

Consulti medici

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario. L'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa dalle ore 24.00 del giorno di stipula del contratto di assicurazione e, dopo aver scaricato da Google Play o Apple Store l'app "Con Nobis", potrà colloquiare in video conferenza con un Medico.

La prestazione è valida per un numero massimo di cinque consulti per tutta l'annualità assicurativa.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile, a norma del quale risulteranno assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 60 anni di età, fermo restando che l'assicurazione rimane in vigore per chi già in precedenza è assicurato.
- ✗ Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS. Resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - a norma dell'art. 1898 CC, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere un indennizzo.
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti affetti da COVID-19 al momento della stipula del contratto.



Ci sono limiti di copertura?

! Tutte le garanzie non comprendono i sinistri relativi a:

- qualsiasi patologia – nessuna eccezione – diversa dal COVID-19 (c.d. Coronavirus), salvo quanto disposto alla Sezione III, Capitolo 2;
- qualsiasi situazione sanitaria dell'Assicurato che non sia positiva all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- ricoveri in Day Surgery o Day Hospital;
- infortuni, malformazioni, gravidanza, interruzione di gravidanza, parto di qualsiasi genere;
- conseguenze dirette di malattie e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. L'assicurazione è operante per l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus) insorta anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatasi alla data di stipulazione (patologia latenti), certa la non conoscenza dell'assicurato;
- check-up di medicina preventiva;
- necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana e i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti e/o trattamenti e/o indagini di natura clinica ovvero diagnostica, comunque intesi, che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche, pandemie e quarantene disposte dalle Autorità;
- conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per gli accadimenti occorsi nel territorio della Repubblica Italiana.



Che obblighi ho?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni non reticenti, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, tutti i cambiamenti che comportano una modifica del rischio. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione delle modifiche del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto dell'Indennizzo.

Il Contraente ha altresì l'obbligo di pagare il premio al fine di determinare l'operatività della copertura assicurativa.

Il Contraente, in caso di sinistro, deve mettere a disposizione dell'Impresa tutta la documentazione necessaria alla verifica del caso.



Quando e come devo pagare?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento, per il tramite del contraente, del premio che è determinato per periodi di assicurazione annuale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa.

Il premio è già comprensivo di imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

L'assicurazione ha una durata prevista pari a un anno e non è tacitamente rinnovabile alla scadenza capitaria.

Resta salva la facoltà dell'assicuratore di recedere dal contratto in caso di sinistro.



Come posso disdire la polizza?

La polizza non prevede il tacito rinnovo.

Resta salva la facoltà dell'assicuratore di recedere dal contratto in caso di sinistro.



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Documento redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA – Associazione dei consumatori –
Associazione intermediari – per contratti semplici e chiari

VALEAS DAILY

COVID-19 (c.d. Coronavirus)

GRUPPO NOBIS

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Base;
- b) Dip Aggiuntivo;
- c) Glossario;
- d) Condizioni di assicurazione

che devono essere consegnati al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

Data di ultimo aggiornamento: modello 1231 CRV– edizione 10.03.2020

INDICE

art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	pg. 2
art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI	pg. 2
art. 3 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO	pg. 2
art. 4 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI	pg. 2
art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – ESCLUSIONE DEL TACITO RINNOVO	pg. 2
art. 6 – VALIDITA' TERRITORIALE	pg. 2
art. 7 – ONERI FISCALI	pg. 2
art. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	pg. 2
art. 9 – ESCLUSIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE	pg. 2
art. 10 – PERSONE ASSICURABILI	pg. 3
art. 11 – PERSONE NON ASSICURABILI	pg. 3
art. 12 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZA)	pg. 3
art. 13 – RECESSO DAL CONTRATTO	pg. 3
art. 14 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE	pg. 3
art. 15 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	pg. 4
art. 16 – PRESTAZIONI	pg. 4
art. 17 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	pg. 4
art. 18 – VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE	pg. 4
art. 19 – CONSULTI MEDICI	pg. 4
art. 20 – DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pg. 5
art. 21 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	pg. 5
APPENDICE NORMATIVA	pg. 6
INFORMATIVA PRIVACY	pg. 9

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcuni termini del glossario assicurativo, nonché quei termini che all'interno della polizza assumono un significato specifico. Quando i termini di cui alla presente Sezione sono riportati, all'interno della polizza essi assumono il significato di seguito indicato.

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero sia, nel caso concreto:

1. Il soggetto persona fisica che stipula la polizza per sé e, se indicati, per i componenti del suo nucleo familiare risultanti dallo Stato di famiglia;
2. Il soggetto, persona giuridica, che stipula la copertura in qualità di Contraente, in favore dei propri dipendenti e collaboratori come da elenco allegato alla polizza.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione;

IMPRESA: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;

ISTITUTO DI CURA: s'intendono esclusivamente l'ospedale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.;

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

MALATTIA PREESISTENTE: malattia che sia l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO: alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione;

PREMIO: la somma dovuta all'Impresa;

RICOVERO: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura fermo restando che la polizza opererà esclusivamente per soggetti con positività confermata all'infezione da COVID-19 c.d. Coronavirus;

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente Set Informativo.

Il Rappresentante Legale

Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Valeas Daily Mod. 1231 CRV ed. 2020-03 – Ultimo aggiornamento 10/03/2020

art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e/o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile.

art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il contraente e/o l'assicurato devono comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'assicurato o il contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Codice Civile. L'omissione dolosa della comunicazione può consentire all'Impresa di non corrispondere l'indennizzo.

art. 3 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "Decorrenza contratto" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il premio è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno ed è dovuto per intero.

Se l'Assicurato non paga i premi l'assicurazione resta sospesa. L'assicurazione sospesa riprende vigore, qualora l'Impresa non abbia dichiarato la risoluzione, dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ.

art. 4 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI

La polizza è il solo documento che attesta le condizioni regolatrici dei rapporti tra le Parti. Le eventuali variazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto dalle Parti.

art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – ESCLUSIONE DEL TACITO RINNOVO

Il presente contratto ha la durata di un anno a far data dal momento della sua sottoscrizione. Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo al momento della scadenza summenzionata.

art. 6 – VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale esclusivamente per gli accadimenti occorsi nel territorio della Repubblica Italiana.

art. 7 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.

art. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

art. 9 – ESCLUSIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

L'assicurazione non è operante per i sinistri relativi a:

- a) qualsiasi patologia – nessuna eccettuata – diversa dal COVID-19 (c.d. Coronavirus), salvo quanto disposto alla Sezione III, Capitolo 2;
- b) qualsiasi situazione sanitaria dell'Assicurato che non sia positivo all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- c) ricoveri in Day Surgery o Day Hospital;
- d) infortuni, malformazioni, gravidanza, interruzione di gravidanza, parto di qualsiasi genere;
- e) conseguenze dirette di malattie e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. L'assicurazione è operante per l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus) insorta anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatasi alla data di stipulazione (patologia latenti), certa la non conoscenza dell'assicurato;
- f) check-up di medicina preventiva;
- g) necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana e i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti e/o trattamenti e/o indagini di natura clinica ovvero diagnostica, comunque intesi, che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale;
- h) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche, pandemie e quarantene disposte dalle Autorità;

- i)
- j) **conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.**

art. 10 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 60 anni di età, fermo restando che rimane in vigore per chi già in precedenza assicurato.

art. 11 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.

Resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Impresa rimborsa al contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Resta altresì inteso che non potranno essere assicurati i soggetti affetti al momento della stipula della polizza da COVID-19 (c.d. Coronavirus) qualora detta infezione risulti conclamata sulla base di accertamenti diagnostici strumentali e/o di laboratorio.

art. 12 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZA)

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dalle ore 24.00 del giorno di pagamento per l'operatività della Centrale operativa;
- b) del 45° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la "Diaria da ricovero", le "Spese mediche" e la garanzia "Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione";
- c) del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per la "Diaria da ricovero", le "Spese mediche" e la garanzia "Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione", limitatamente ai soggetti che nei trenta giorni precedenti alla sottoscrizione hanno viaggiato al di fuori della Unione Europea.

Resta espressamente inteso che nel caso in cui l'Assicurato dovesse uscire dal territorio della Unione Europea dopo aver sottoscritto il contratto di assicurazione, le garanzie previste nel contratto stesso s'intenderanno automaticamente sospese in forma integrale e riprenderanno efficacia solamente dopo che siano trascorsi 60 giorni dal rientro dell'Assicurato nel territorio della Unione Europea.

art. 13 – RECESSO DAL CONTRATTO

L'Impresa non ha la facoltà di recedere dal contratto a seguito di denuncia di sinistro, salvo quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

art. 14 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Sarà in ogni caso facoltà di ciascuna Parte rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL’ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 3 capitoli principali (*Diaria da ricovero – Spese mediche da malattia – Assistenza*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – DIARIA DA RICOVERO

art. 15 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l’Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura **nel solo caso in cui l’Assicurato risulti positivo al COVID-19 (c.d. Coronavirus).**

art. 16 – PRESTAZIONI

L’Impresa riconosce per ogni giorno di degenza un importo pari a euro 50,00 (cinquanta/00) per un numero massimo di giorni pari a 30. Agli effetti del computo dell’indennizzo dovuto, il primo e l’ultimo giorno di ricovero, si considerano un solo giorno.

In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso dell’annualità assicurativa non potrà superare l’importo di euro 1.500,00 (millecinquecento/00).

CAPITOLO 2 – SPESE MEDICHE

art. 17 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

Nel limite di euro 10.000,00 per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall’Assicurato, non rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), **quale conseguenza diretta del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) fermo restando che la polizza opererà esclusivamente per soggetti con positività confermata all’infezione da COVID-19 c.d. Coronavirus.**

Per gli importi superiori a € 1.000,00 l’Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

Restano espressamente escluse le spese sostenute per l’effettuazione di qualsiasi accertamento diagnostico – compresi quelli di natura strumentale o di laboratorio – svolto con l’obiettivo d’individuare e certificare l’infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus), quale a titolo esemplificativo l’analisi del materiale biologico prelevato dalla faringe dell’Assicurato (c.d. *tampone*).

CAPITOLO 3 – ASSISTENZA

art. 18 – VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

In caso di ricovero ospedaliero dell’Assicurato superiore a 5 giorni nel solo caso in cui l’assicurato risulti positivo al COVID-19 (c.d. Coronavirus) e il ricovero stesso sia conseguente all’infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus), la Centrale Operativa organizzerà e l’Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento per un familiare convivente o – qualora lo stato di famiglia documenti l’assenza di conviventi maggiorenni – per un’altra persona designata dall’Assicurato.

L’Impresa prenderà in carico anche le spese sostenute per gli spostamenti con mezzi propri, a condizione che gli stessi vengano debitamente documentati.

Detta prestazione opererà unicamente nel caso in cui il ricovero avvenga in un Istituto di Cura situato a una distanza pari o superiore a 100 km dal luogo di residenza dell’Assicurato.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

La prestazione opererà nel limite di euro 10.000,00 per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo.

art. 19 – CONSULTI MEDICI

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario. L’Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa dalle ore 24.00 del giorno di stipula del contratto di assicurazione e, dopo aver scaricato da Google Play o Apple Store l’app “Con Nobis”, potrà colloquiare in video conferenza con un Medico.

La prestazione è valida per un numero massimo di cinque consulti per tutta l’annualità assicurativa.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

In questa sezione vengono previste le regole e le modalità per denunciare un sinistro e per ottenere un indennizzo.

art. 20 – DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per ottenere l'indennizzo spettante, secondo quanto previsto dalle condizioni di Assicurazione, l'assicurato deve:

- 1 - denunciare il sinistro all'Impresa entro dieci giorni dall'avvenuto ricovero.
- 2 - Provvedere ad inviare all'Impresa la copia autentica e completa della Cartella Clinica, nonché copia del referto di ogni altro accertamento diagnostico strumentale o di laboratorio effettuato;
- 3 - Acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dalla Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

art. 21 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Garanzie diverse da quelle di assistenza

In caso di necessità l'assicurato deve contattare la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti numeri e recapiti:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Sinistri

Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 - AGRATE BRIANZA (MB)

Numero Verde 800-894149

oppure 039-9890722

dall'estero +39-039-9890722

comunicando con estrema precisione:

- nome, cognome e numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- motivo della chiamata.

Prestazione di assistenza

L'Impresa mette a immediata disposizione dell'assicurato, mediante l'utilizzo della propria Centrale Operativa, le prestazioni previste, nel caso in cui lo stesso assicurato ne faccia richiesta a termini di polizza, a seguito di un evento contemplato dalla stessa ed entro i limiti convenuti.

Per usufruire delle prestazioni previste, l'assicurato o chi per esso deve contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

dall'Italia Numero Verde 800.894149 oppure 039-9890722

dall'estero +39.039.9890722

comunicando con estrema precisione:

- A. tipo di assistenza di cui necessita;
- B. nome e cognome e numero di polizza;
- C. indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico.

Gestione dei rapporti assicurativi via web

Il contraente può richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Richiedi le tue credenziali" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.

Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa invia una e-mail all'indirizzo registrato con la login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.

L'accesso all'area riservata dà diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- a) Le coperture assicurative in essere;
- b) Le condizioni contrattuali sottoscritte;
- c) Lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.98.90.714.

APPENDICE NORMATIVA

In questa sezione vengono richiamate le norme principali citate nel contratto, affinché il contraente possa comprendere meglio i riferimenti di legge.

Codice Civile

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto:

“Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.”

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari:

“Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.”

Art. 1892 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:

“Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.”

Art. 1893 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:

“Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.”

Art. 1894 Codice Civile – Assicurazione in nome o per conto di terzi:

“Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli art. 1892 e 1893.”

Art. 1898 - Aggravamento del rischio:

“Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.”

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio:

“Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.”

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro:

“L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.”

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

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, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Art. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che, dolosamente, non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere a tale obbligo l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Codice delle Assicurazioni Private**Art. 166 - Criteri di redazione**

“Il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al contraente va redatto in modo chiaro ed esauriente.

Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente o dell'assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.”

Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016 / 679 (GDPR) al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), recante disposizioni in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia"), Titolare del trattamento dei dati personale, fornisce l'Informativa ai soggetti interessati che forniscono i propri dati personali durante il rapporto contrattuale e intende trattare tali dati nell'ambito delle attività prestate dalla Compagnia.

1. Titolare del trattamento

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO).

2. Tipologia di dati raccolti

I dati raccolti sono dati personali riguardanti persone fisiche identificate o identificabili di cui all'art. 4, par. 1 del GDPR e dati di categorie particolari di cui all'art. 9, par. 1 del GDPR.

3. Finalità

I dati sono raccolti per finalità connesse alle attività della Compagnia come segue:

- a) finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *Contrattuale*);
- b) finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *legale*);
- c) finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*);
- d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass 35./2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. Modalità di trattamento

I dati sono oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.

La Compagnia garantisce la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati personali raccolti, la non visibilità e la non accessibilità da alcuna area pubblica di accesso.

Il trattamento è svolto in forma automatizzata e/o manuale, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza alla sicurezza del trattamento come previsto dall'art. 32 del GDPR.

La Compagnia predispose misure organizzative e tecnologiche idonee affinché questa politica sia seguita all'interno della società al fine di proteggere i dati personali raccolti.

I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

5. Profilazione

La Compagnia non esegue attività di profilazione utilizzando i dati personali raccolti relativi alle finalità di cui al paragrafo 3.

6. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e carrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consortili proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti sono inseriti nel database aziendale e conservati per il periodo di tempo consentito, o imposto, dalle normative applicabili nella gestione del rapporto contrattuale e per il tempo necessario ad assicurare la tutela legale, a lei ed al Titolare al termine del quale saranno cancellati o resi anonimi entro i tempi stabiliti dalla norma di legge.

Qualora intervenga la revoca del consenso al trattamento specifico da parte dell'interessato, i dati verranno cancellati o resi anonimi entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della revoca.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato può far valere i diritti previsti dall'art. 15 (diritto di accesso dell'interessato), dall'art. 16 (diritto di rettifica), dall'art. 17 (diritto alla cancellazione, "diritto all'oblio"), dall'art. 18 (diritto di limitazione di trattamento), dall'art. 20 (diritto alla portabilità dei dati) e dall'art. 21 (diritto di opposizione) del Regolamento 2016/679, rivolgendosi mediante lettera RR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente e seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.