



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 CORONAVIRUS

Company

NR. 1201004111/V - CRAL ASMEL

GRUPPO NOBIS

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Glossario;
- b) Condizioni di assicurazione

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

Data di ultimo aggiornamento: modello DCVCOLL.2020-2020.002 – edizione 01.09.2020

Polizza N.	1201004111/V	Ramo	MALATTIA	Cod. Int.	0BZL
Contraente	CRAL ASMEL			Effetto dalle ore 24 del	15/03/2021
Appendice N.	01	per	Variazioni	Scadenza alle ore 24 del	15/03/2022

Con la presente appendice si procede ad apportare al testo del prodotto Valeas Daily Coronavirus Company modello DCVCOLL.2020-2020.002 edizione 01.09.2020 le seguenti modifiche/variazioni:

1. Allegato n. 1 alla scheda di polizza sottoscritta dal Contraente

ART. 3 – PREMIO LORDO UNITARIO

La presente polizza si costituisce di due opzioni come di seguito indicate:

- solo **dipendente/collaboratore/amministratore degli Enti associati ad ASMEL** ed iscritti al CRAL; costo cad. € 10,00
- **dipendente/collaboratore/amministratore degli Enti associati ad ASMEL** ed iscritti al CRAL + familiari costo per nucleo € 18,00.

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI ASSICURATO

Formula Dipendente/collaboratore/amministratore

il soggetto persona fisica che presta la propria attività nella qualità di Dipendente/collaboratore/Amministratore presso l'Ente associato ad ASMEL.

CAPITOLO 1 – DIARIA DA RICOVERO

L'art. 16 – PRESTAZIONI – si intende modificato diminuendo il periodo di franchigia previsto in giorni da 5 a 3. Inoltre, per i soli Dipendenti/Collaboratori/Amministratori l'importo in caso di degenza si intende elevato da euro 100,00 ad euro 200,00 massimo per 10 gg. 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 2.000,00 (duemila/00).

*** FERMO IL RESTO ***

Emessa in tre esemplari ad un solo effetto in Agrate Brianza il 15/03/2021 AL/gf

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Il Contraente



INDICE

INFORMATIVA SUI DATI DELL'IMPRESA	pg. 1
GLOSSARIO E DEFINIZIONI	pg. 2
art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	pg. 3
art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI	pg. 3
art. 3 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO	pg. 3
art. 4 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI	pg. 3
art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – ESCLUSIONE DEL TACITO RINNOVO	pg. 3
art. 6 – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI – PREMIO UNITARIO	pg. 3
art. 7 – VALIDITA' TERRITORIALE	pg. 3
art. 8 – ONERI FISCALI	pg. 3
art. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	pg. 4
art. 10 – ESCLUSIONI GENERALI VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE	pg. 4
art. 11 – PERSONE ASSICURABILI	pg. 4
art. 11bis – SOGGETTI CONTRAENTI	pg. 4
art. 12 – PERSONE NON ASSICURABILI	pg. 4
art. 13 – RECESSO DAL CONTRATTO	pg. 4
art. 14 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE	pg. 5
art. 15 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	pg. 6
art. 16 – PRESTAZIONI	pg. 6
art. 17 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	pg. 6
art. 18 – INVIO DI UN MEDICO GENERICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA	pg. 6
art. 19 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL DOMICILIO AL PRONTO SOCCORSO	pg. 6
art. 20 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL PRONTO SOCCORSO AL DOMICILIO	pg. 7
art. 21 – TRASFERIMENTO IN ISTITUTO DI CURA E RIENTRO AL DOMICILIO	pg. 7
art. 22 – CONSULTO MEDICO	pg. 7
art. 23 – CONSULTO PSICOLOGICO	pg. 7
art. 24 – SECOND OPINION	pg. 7
art. 25 – INFORMAZIONI NUMERO DI EMERGENZA	pg. 7
art. 26 – INVIO DI UN TAXI	pg. 7
art. 27 – DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pg. 8
art. 28 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	pg. 8
APPENDICE NORMATIVA	pg. 9
INFORMATIVA PRIVACY	pg. 12

L'IMPRESA RENDE AL CONTRAENTE LA SEGUENTE INFORMATIVA:

1. Documento riepilogativo sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Esercizio 2019

Bilancio approvato il 30/04/2020

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 58.796.752 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 19.680.981.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 204,04% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 450,95% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet della Compagnia www.nobis.it

2. 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:

- Le coperture assicurative in essere
- Le condizioni contrattuali sottoscritte
- 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.

3. Reclami

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. - Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, 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.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, compreso quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 e successive modificazioni, secondo le modalità dagli stessi indicate. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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.

APPLICAZIONE: documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato e comprovante l'inclusione nella copertura assicurativa dello stesso;

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

Formula Plus

il soggetto persona fisica che presta la propria attività lavorativa in qualità di Dipendente presso il Contraente, così come rilevabile dal Libro paga del Contraente alla data dell'inclusione in copertura, oppure opera all'interno della società Contraente in qualità di Amministratore, così come rilevabile dalla visura depositata presso la Camera di Commercio aggiornata alla data di inclusione, e il loro relativo Nucleo familiare (vedi *infra* per la definizione).

Formula Nucleo

il solo Nucleo familiare (vedi *infra* per la definizione) del soggetto persona fisica che presta la propria attività lavorativa in qualità di Dipendente presso il Contraente, così come rilevabile dal Libro paga del Contraente alla data dell'inclusione in copertura, oppure opera all'interno della società Contraente in qualità di Amministratore, così come rilevabile dalla visura depositata presso la Camera di Commercio, aggiornata alla data di inclusione. La copertura è attivabile solo per la totalità dei Dipendenti del Contraente e solo per i Dipendenti/Amministratori che lavorano in siti collocati all'interno dello Stato italiano.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;

CONTRAENTE: il soggetto – avente un numero minimo di dipendenti pari a 10 – che stipula l'assicurazione, così come risultante dalla Scheda di polizza;

FRANCHIGIA: il numero dei giorni di ricovero a carico dell'assicurato;

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;

NUCLEO FAMILIARE: ai sensi del presente contratto, s'intendono rientranti in questa definizione il coniuge o il convivente more uxorio e i figli del soggetto che presta la propria attività lavorativa in qualità di Dipendente del Contraente, a condizione che detti soggetti risultino dallo stato di famiglia del Dipendente;

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione;

PREMIO: la somma dovuta all'Impresa;

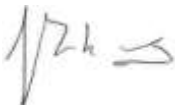
RICOVERO: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura collegata in modo diretto ed esclusivo all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);

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 Coronavirus Company DCV COLL.2020-2020.002–Ultimo aggiornamento 01/09/2020

PREMESSA

Il presente contratto opera in base a due distinte formule assicurative, tra loro alternative:

- **FORMULA PLUS:** formula che prevede l'estensione della copertura assicurativa allo "Assicurato" e al "Nucleo familiare" di quest'ultimo, così come definiti nel Glossario;
- **FORMULA NUCLEO:** formula che prevede la copertura assicurativa in favore del "Nucleo familiare" della persona fisica Dipendente/Amministratore del Contraente, così come definito nel Glossario.

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.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalla ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza. Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine, l'Impresa ha diritto di dichiarare, con lettera Raccomandata AR, la risoluzione del contratto, fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale dei premi scaduti antecedentemente. **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 firmata 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 sottoscritto tra l'Impresa e il Contraente ha durata dalle ore 24.00 del giorno della sua sottoscrizione e termina inderogabilmente dopo 365 giorni.

Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo al momento della scadenza summenzionata.

art. 6 – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI – PREMIO UNITARIO

FORMULA PLUS

Le singole Applicazioni hanno durata dalla loro inclusione fino alla cessazione del contratto sottoscritto tra l'Impresa e il Contraente, ai sensi del precedente art. 5.

Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo al momento della scadenza summenzionata.

FORMULA NUCLEO

Le singole Applicazioni hanno durata dalla loro inclusione fino alla cessazione del contratto sottoscritto tra l'Impresa e il Contraente, ai sensi del precedente art. 5.

Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo al momento della scadenza summenzionata.

art. 7 – VALIDITA' TERRITORIALE

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

art. 8 – ONERI FISCALI

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

3 di 13

art. 9 – 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. 10 – 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) situazioni non riconducibili in via diretta ed esclusiva 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 e quarantene disposte dalle Autorità;
- i) conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche. Resta espressamente inteso che, con particolare riguardo alle prestazioni di assistenza di cui alla Sezione III, Capitolo III, le coperture non potranno essere operative qualora la loro effettiva esecuzione sia impedita o impossibilitata da provvedimenti delle Autorità, anche sanitarie.

art. 11 – PERSONE ASSICURABILI

Non sono previsti limiti di età al fine dell'assicurabilità dei soggetti aventi qualifica di Dipendenti del Contraente. Sono assicurabili gli Amministratori che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 65 anni di età, fermo restando che rimane in vigore per chi già in precedenza assicurato. Si richiama l'attenzione di leggere con attenzione la definizione di "Assicurato" contenuta nel Glossario.

art. 11 bis – SOGGETTI CONTRAENTI

Resta espressamente inteso che non potranno acquisire la qualifica di Contraenti le Società operanti nel settore medico-sanitario o, in ogni caso, che abbiano alle proprie dipendenze personale adibito ad attività afferenti al predetto settore medico-sanitario, le Società operanti nel settore dei servizi di protezione civile, delle farmacie, delle Forze Armate, della Pubblica Sicurezza e del volontariato di qualsiasi genere, nonché le Società esercenti l'attività di recupero e/o soccorso e/o trasporto di malati e/o di personale medico e paramedico attraverso qualsiasi mezzo, comprese le ambulanze, i mezzi di soccorso, le auto mediche e simili.

art. 12 – 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. 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 – Indennità da convalescenza – Assistenza*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

PREMESSA

Le coperture offerte con il presente contratto sono valide esclusivamente a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata in Italia, successivamente alla decorrenza della copertura assicurativa e a condizione che l’infezione comporti un conseguente ricovero.

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 disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall’Assicurato, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni di seguito indicate.

art. 16 – PRESTAZIONI

L’Impresa, qualora il ricovero dell’Assicurato si protragga per un numero di giorni superiore a 5, riconosce per ogni successivo giorno di degenza (i.e. a partire dal sesto giorno di ricovero) un importo pari a euro 100,00 (cento/00) per un numero massimo di giorni pari a 10.

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 1.000,00 (mille/00).

CAPITOLO 2 – INDENNITA’ DA CONVALESCENZA

art. 17 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

L’Impresa riconosce all’Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a euro 3.000,00 (tremila/00) al momento della dimissione dell’Assicurato stesso dall’Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell’infezione da COVID-19.

La presente prestazione opererà unicamente qualora l’Assicurato, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato nel reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro.

CAPITOLO 3 – ASSISTENZA POST RICOVERO

Resta espressamente inteso che le coperture non potranno essere operative qualora la loro effettiva esecuzione sia impedita o impossibilitata da provvedimenti delle Autorità, anche sanitarie.

art. 18 - INVIO DI UN MEDICO GENERICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA

Qualora l’Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, l’Impresa tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell’Assicurato il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l’Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell’Assicurato dall’Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell’infezione da COVID-19.

Prestazione valida per un numero massimo di tre volte per tutta la durata di ciascuna singola Applicazione.

art. 19 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL DOMICILIO AL PRONTO SOCCORSO

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l’Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, dell’Assicurato nel Pronto soccorso più vicino al luogo in cui l’Assicurato stesso si trova al momento della chiamata.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell’Assicurato dall’Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell’infezione da COVID-19.

Prestazione valida per un numero massimo di tre volte per tutta la durata di ciascuna singola Applicazione.

art. 20 – TRASPORTO IN AMBULANZA DAL PRONTO SOCCORSO AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a provvedere attraverso i propri familiari e/o altre persone dallo stesso designate e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, dell'Assicurato dal Pronto soccorso al suo domicilio.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 21 – TRASFERIMENTO ALL'ISTITUTO DI CURA E RIENTRO AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a provvedere attraverso i propri familiari e/o altre persone dallo stesso designate e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento dell'Assicurato presso l'Istituto di Cura più vicino al luogo nel quale l'Assicurato si trovava al momento della chiamata e, qualora possibile, il successivo rientro al domicilio.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 22 – CONSULTO MEDICO

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 al quale l'Assicurato potrà porre i più opportuni quesiti in merito al proprio stato di salute e a quello dei componenti il Nucleo familiare.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 23 – CONSULTO PSICOLOGICO

La Centrale Operativa mette a disposizione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, il proprio personale specializzato nei consulti psicologici affinché l'Assicurato possa ricevere un primo supporto e le più opportune indicazioni in ordine alle modalità di gestione del disagio psicologico proprio o dei componenti il Nucleo familiare.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 24 – SECOND OPINION

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica affinché l'Assicurato possa trasmettere copia della propria cartella clinica e ottenere dall'Impresa, anche con il supporto di medici specialisti di strutture convenzionate, una second opinion in merito al percorso diagnostico e terapeutico intrapreso.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

art. 25 – INFORMAZIONI NUMERO DI EMERGENZA

L'Impresa, attraverso la propria Centrale Operativa in funzione h24 e a seguito di richiesta dell'Assicurato, comunicherà telefonicamente i numeri di telefono istituiti dalle Autorità per la gestione delle vicende relative al contagio da Covid-19 (c.d. Coronavirus) e per le relative segnalazioni.

art. 26 – INVIO DI UN TAXI

Qualora l'Assicurato ne faccia richiesta, al momento della propria dimissione, la Centrale Operativa invia un taxi per accompagnare l'Assicurato presso la propria residenza o il più vicino domicilio. L'Impresa tiene a proprio carico la prestazione fino ad un massimo di Euro 100,00 qualsiasi sia il numero dei passeggeri.

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. 27 – 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. 28 – 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.

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 personali, 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:

- 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*);
- 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*);
- 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*);
- 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 predispone 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, anticirclaggio, 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.