



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHIO VIAGGI PACCHETTO COVID

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO 6007 – EDIZIONE 01.06.2020

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

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Pacchetto Covid

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). E' 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.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La Polizza può presentare una serie di garanzie preposte alla tutela di coloro che viaggiano, elaborate per offrire una protezione verso gli accadimenti dannosi e gli imprevisti che si verificano più frequentemente durante i viaggi quali la Diaria da ricovero, l'indennità da Convalescenza e le spese derivanti da una Interruzione soggiorno in caso di quarantena che rendono ancora più globale l'offerta.

Si rammenta come le coperture effettivamente operanti saranno esclusivamente quelle risultanti dalla Scheda di Polizza sottoscritta dal Contraente e contenute nelle Condizioni di Assicurazione.



CHE COSA È ASSICURATO?

Di seguito sono presentate riassuntivamente le principali garanzie che sono operanti nel Prodotto Pacchetto Covid. Si rammenta che le garanzie effettivamente operanti sono esclusivamente quelle riportate nella scheda riepilogativa sottoscritta dal Contraente e presenti nelle Condizioni di assicurazione che fanno parte del Set Informativo.

Diaria da ricovero a seguito di infezione da Covid-19

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda 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 della prestazione di seguito indicata: 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 € 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 della validità della polizza non potrà superare l'importo di € 1.000,00 (mille/00). La copertura è valida a seguito di infezione da COVID-19 dell'Assicurato diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero.

Indennità da Convalescenza a seguito di infezione da Covid-19

L'Impresa riconosce all'Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a € 1.500,00 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 in un reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro. La copertura offerta dal seguente Capitolo è valida a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero in un reparto di terapia intensiva.

Interruzione soggiorno a seguito di quarantena

Qualora a seguito di un provvedimento di isolamento domiciliare dell'Assicurato, disposto dalle Autorità per quarantena, l'Assicurato sia impossibilitato a proseguire il viaggio prenotato e già iniziato, l'Impresa rimborsa quanto segue:

- le penali addebitate per servizi a terra prenotati e non usufruiti entro il limite di € 1.500,00 per Assicurato;
- i costi relativi alla modifica o al rifacimento della biglietteria (titoli di trasporto) originariamente acquistati al fine di far ritorno alla propria residenza, fino al massimo di € 1.000,00 per Assicurato ed al netto di eventuali rimborsi ricevuti dal vettore;
- le eventuali spese alberghiere/di soggiorno a carico dell'Assicurato per il periodo di quarantena entro il limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 14 giorni, qualora detta quarantena non possa svolgersi al domicilio dell'Assicurato.



CHE COSA NON È ASSICURATO?



Non sono assicurabili i viaggi in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel report JCC Global Cargo presente sul sito <https://watchlists.ihsmarkit.com> che al momento della partenza riportano un grado di rischio uguale o superiore a "4.0".



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

! Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- qualsiasi patologia - nessuna eccezione - diversa dal COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- situazioni non riconducibili all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- ricovero 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 all'adesione alla polizza; l'assicurazione è operante per l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus) non ancora manifestatasi alla data di partenza del viaggio (patologia latente), certa la non conoscenza dell'assicurato;
- check-up di medicina preventiva;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche;
- conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- viaggi verso destinazioni con misure interdittive già in vigore al momento della partenza dell'Assicurato; viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- suicidio o tentativo di suicidio.
- La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un viaggio effettuata dal Contraente. Non è consentita l'emissione di più applicazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti. L'adesione alla presente polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come l'adesione alla presente polizza dovrà avvenire obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Qualora l'emissione avvenga successivamente alla data di partenza del viaggio, il contratto e la singola applicazione emessa s'intenderà privo di ogni effetto e l'Impresa provvederà alla restituzione del premio di polizza. Sono esclusi tutti i sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico prestato dall'organizzatore del viaggio Contraente della presente polizza. Relativamente alla vendita di servizi di solo trasporto, la presente polizza è valida esclusivamente durante il periodo intercorrente la data di partenza e la data di rientro indicate nel titolo di trasporto e comunque entro il limite massimo indicato nell'applicazione e con il massimo di trenta giorni consecutivi. Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel report JCC Global Cargo presente sul sito <https://watchlists.ihsmarkit.com> che al momento della partenza riportano un grado di rischio uguale o superiore a "4.0".



DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio e dove l'Assicurato ha subito il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione. L'assicurazione è valida in ogni caso solo per gli eventi occorsi a una distanza superiore ai 50 Km dal luogo di residenza.



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.

L'Assicurato, 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?

Per il Contraente, 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 validità annuale e, alla sua naturale scadenza è previsto il tacito rinnovo in mancanza di disdetta. Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.

Per gli Assicurati, la durata della copertura è quella risultante dall'applicazione comunicata dal Contraente per ogni singolo Assicurato attraverso l'apposito sistema on-line messo a disposizione dell'Impresa sempreché siano state rispettate tutte le regole di assunzione e comunicazione da parte del Contraente. Le garanzie valgono durante lo svolgimento del viaggio (dal momento in cui il viaggiatore inizia ad usufruire del primo servizio turistico acquistato dal Contraente al momento in cui termina di usufruire dell'ultimo servizio turistico acquistato dal Contraente).



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Per il Contraente il contratto si rinnova automaticamente per un anno alla sua naturale scadenza salvo disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.

ASSICURAZIONE MULTIRISCHI TURISMO

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Pacchetto Covid

Versione n. 1 del Maggio 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) alla 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). E' 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 vigente per lo stato italiano e soggetta alla medesima giurisdizione.

	CHE COSA È ASSICURATO?
	Sono previste in copertura la Diaria da ricovero ospedaliero a seguito di Infezione da Covid 19, la Indennità da Convalescenza a seguito di infezione da Covid 19 e la copertura dei maggiori Spese e interruzione soggiorno a seguito di fermo o quarantena. 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
Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Pacchetto Covid..
	OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO
Indicare l'opzione	Non sono previste opzioni aggiuntive a pagamento per il prodotto Pacchetto Covid .
	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE
Diaria da Ricovero	Non sono previste informazioni aggiuntive rispetto a quanto già previsto nel DIP Base.
Indennità da convalescenza	Non sono previste informazioni aggiuntive rispetto a quanto già previsto nel DIP Base.
Interruzione soggiorno a seguito di quarantena	Non sono previste informazioni aggiuntive rispetto a quanto già previsto nel DIP Base.

	CHE COSA NON È ASSICURATO?
Rischi esclusi	I rischi esclusi sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.

	CI SONO LIMITI DI COPERTURA?
---	------------------------------

Le esclusioni, valide per tutte le garanzie, sono già state elencate nel DIP Base. Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni specifiche per ciascuna garanzia.	
Diaria da Ricovero	Non sono previste informazioni aggiuntive rispetto a quanto già previsto nel DIP Base.
Indennità da convalescenza	Non sono previste informazioni aggiuntive rispetto a quanto già previsto nel DIP Base.
Maggiori Spese e Interruzione soggiorno a seguito di Fermo o quarantena	Oltre alle esclusioni previste dalle norme comuni si intendono esclusi dalla garanzia: - le perdite conseguenti a violazione di disposizioni normative emanate da qualsiasi Autorità fino al momento della partenza dell'Assicurato; - le perdite a seguito di rinuncia da parte dell'Assicurato alla possibile prosecuzione/riprotezione del viaggio interrotto; - problemi inerenti documenti d'identità e/o di viaggio, visti e qualsivoglia dotazione documentale prevista dalle norme tempo per tempo vigenti.
Per ogni singola garanzia indicata nel presente prodotto ed esplicitamente sottoscritta dal contraente sono previste somme assicurabili, identificate nel dettaglio nella Scheda di polizza, i limiti ed eventuali franchigie o scoperti. L'eventuale rivalsa, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dall'Impresa per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato, fermo restando che l'azione di rivalsa non sarà esercitata nei confronti dei trasportati.	

 CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	
Cosa fare in caso di sinistro	Denuncia di sinistro: il contraente e/o l'Assicurato deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa chiamando il numero verde 800.894123 (dall'estero occorre comporre il numero +39 039.9890.702) 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, nonché degli eventuali testimoni. Sarà onere dell'Assicurato far pervenire alla Compagnia i certificati medici, le cartelle cliniche, le denunce all'Autorità (compreso il PIR presso l'Autorità Aeroportuale), le fatture attestanti l'acquisto dei beni smarriti e/o le spese di prima necessità, l'estratto conto di prenotazione del viaggio e quello di annullamento, le prove del pagamento del viaggio, il contratto di viaggio, gli originali dei biglietti di viaggio.
	Assistenza diretta/in convenzione: si specifica che il contratto prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.
	Prescrizione: ai sensi dell'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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il contraente/assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti in sede di preventivazione e le confermi con la sottoscrizione del contratto, o ometta di comunicare all'impresa ogni variazione significativa, tali circostanze potrebbero pregiudicare in forma totale o parziale il pagamento del danno (indennizzo) da parte dell'Impresa.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo a partire dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignorati o ipotecari.

 QUANDO E COME DEVO PAGARE?	
Premio	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, con relativa applicazione di un onere aggiuntivo del 5%. 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. Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Il presente contratto, trattandosi di polizza turismo temporanea, non prevede la possibilità di rimborso del premio.

 QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	
Durata	L'assicurazione ha validità annuale e, alla sua naturale scadenza è previsto il tacito rinnovo in mancanza disdetta. Il contratto è stipulato senza previsione di tacito rinnovo. La durata delle singole applicazioni per gli assicurati è quella segnalata dal Contraente. La durata delle singole garanzie è riportata nel DIP Base
Sospensione	Il presente contratto non prevede la possibilità di sospendere il contratto.

 COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto: 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	Ogni variazione al contratto sarà comunicata da parte dell'Impresa al contraente/assicurato, per tramite dell'Intermediario che ha in carico il contratto, entro 45 giorni dal rinnovo annuale del medesimo. L'assicurato, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio e/o la somma assicurata proposta per l'annualità successiva, avrà facoltà,

	previa lettera raccomandata AR all'Impresa spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, di risolvere il contratto.
--	--

	A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?
---	---

Il presente contratto è rivolto ai soggetti – aventi le caratteristiche indicate nel DIP Base – che acquistino un servizio turistico avente le caratteristiche indicate sempre nel DIP Base.

	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 viaggio al quale la polizza è abbinata e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,42%, per il Ramo 16 (Perdite pecuniarie) è pari al 40,08%.

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 n. 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 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	Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, in presenza di una richiesta di risarcimento non superiore a 15.000€, eventuali controversie che possono essere trattate anche per il tramite della Conciliazione paritetica. 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.

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

INDICE

SEZIONE A – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE B – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	2
Art. 1 – Determinazione del Premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	2
Art. 2 - Esclusione di compensazioni alternative.....	2
Art. 3 - Validità' Decorrenza e durata delle garanzie.....	2
Art. 4 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	2
Art. 5 - Estensione territoriale.....	2
Art. 6 - Criteri di liquidazione dei sinistri	2
Art. 7 - Liquidazione dei danni/nomina dei periti	2
Art. 8 - Legge - Giurisdizione	2
Art. 9 - Integrazione documentazione di denuncia del sinistro	2
Art. 10 - Obblighi del contraente.....	2
Art. 11 - Clausola di cumulo	2
Art. 12 - Mancato pagamento – anche parziale – del premio.....	2
Art. 13 - Effetti nei confronti dell'assicurato	3
Art. 14 - Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie.....	3
SEZIONE C – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE.....	4
CAPITOLO 1 – DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19.....	4
Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione	4
Art. 2 – Prestazione	4
CAPITOLO 2 – INDENNITÀ DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19	4
Art. 3 – Oggetto dell'Assicurazione.....	4
CAPITOLO 3 – INTERRUZIONE SOGGIORNO IN CASO DI QUARANTENA	4
Art. 4 – Oggetto dell'Assicurazione.....	4
Art. 5 – Esclusioni	4
Art. 6 - Recupero	4
SEZIONE D – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO	5
Art. 7 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	5
APPENDICE NORMATIVA	6
INFORMATIVA AI SENSI DEL CAPO III SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016 / 679 (GDPR) AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	8

SEZIONE A – 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 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.

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Appendice di Regolazione: il documento con cui mensilmente l'Impresa indica al contraente il numero dei nominativi comunicati e inclusi in assicurazione nonché l'ammontare del relativo premio dovuto ad integrazione del premio minimo.

Applicazione: documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona iscritta al viaggio organizzato dal contraente e regolarmente comunicata all'Impresa.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Centrale Operativa: la struttura dell'Impresa costituita da tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Day Hospital: la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.

Dati Variabili: si intendono gli elementi di rischio variabili finalizzati alla regolazione del premio e del relativo conguaglio, ovvero il numero di assicurati e/o dei beni assicurati per i quali è prestata la copertura assicurativa che dovranno essere comunicati dal Contraente secondo le modalità previste nel Contratto.

Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato.

Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato.

Europa: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russia.

Estero: tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.

Familiari: coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati.

Fatturato: l'ammontare complessivo realizzato dal contraente nel periodo di durata della polizza.

Franchigia: importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'assicurato per ciascun sinistro.

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

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

Istituto di cura: l'ospedale, la casa di cura, 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. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale somma fino a concorrenza della quale l'Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.

Mondo: tutti i paesi del mondo.

Nucleo Familiare: il coniuge more uxorio/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

Premio definitivo: l'ammontare del premio di polizza dovuto dal contraente all'Impresa in base al numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, moltiplicando il tasso lordo annuo indicato in polizza al reale fatturato realizzato dal contraente nel periodo di durata della polizza.

Premio minimo: l'ammontare del premio di polizza dovuto in ogni caso dal contraente all'Impresa, a prescindere dal numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, dall'entità reale del fatturato nel periodo di durata della polizza.

Quarantena: isolamento (fiduciario o obbligatorio) con sorveglianza sanitaria attiva al domicilio o in istituto di cura o in altra idonea struttura.

Residenza: il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico.

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

Rischio: probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione.

Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro.

Servizi Turistici: passaggi aerei, sistemazioni alberghiere, trasferimenti, noleggi auto, ecc. venduti dal contraente all'assicurato.

Sinistro: il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

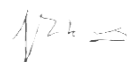
Tasso Lordo: il moltiplicatore da applicare al fatturato del Contraente attraverso cui determinare il Premio Definitivo.

Terzo: di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato non ché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia; b) i dipendenti dell'assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.

Viaggio/Locazione: lo spostamento e/o soggiorno a scopo turistico, di studio e di affari dell'Assicurato organizzato dal Contraente; il viaggio/locazione inizia successivamente al momento dell'ingresso in aerostazione (se con volo aereo), dell'ingresso in hotel/appartamento (se solo soggiorno), dell'imbarco (se con nave o traghetto), dell'accomodarsi in carrozza (se con treno).

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 B – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Filo diretto Pacchetto Covid 6007 ed. 2020-05 – Ultimo aggiornamento 18/05/2020

In questa sezione il contraente trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il contraente medesimo, prevedendo diritti ed obblighi a carico delle parti.

ART. 1 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Il premio è determinato in base ai dati indicati sulla Scheda riepilogativa, con riferimento alle seguenti variabili proprie di ciascun viaggio assicurato: destinazione, prezzo del viaggio, durata del viaggio, massimali scelti e numero degli Assicurati.

Il Contraente è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente, rese al momento della stipula del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, o di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze stesse che comportano aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in applicazione di quanto previsto dagli artt. 1892 - 1893 - 1894 e 1898 del Codice Civile.

ART. 2 - ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

ART. 3 - VALIDITÀ' DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

La durata della copertura è quella risultante dall'applicazione comunicata dal Contraente per ogni singolo Assicurato attraverso l'apposito sistema on-line messo a disposizione dell'Impresa sempreché siano state rispettate tutte le regole di assunzione e comunicazione da parte del Contraente.

Le garanzie valgono durante lo svolgimento del viaggio (dal momento in cui il viaggiatore inizia ad usufruire del primo servizio turistico acquistato dal Contraente al momento in cui termina di usufruire dell'ultimo servizio turistico acquistato dal Contraente).

ART. 4 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso via internet e/o telefonico e/o scritto all'Impresa secondo le modalità previste alla Sezione IV. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 5 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio e dove l'Assicurato ha subito il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione.

L'Assicurazione è valida in ogni caso solo per gli eventi occorsi a una distanza superiore ai 50 Km dal luogo di residenza.

ART. 6 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato previa presentazione della documentazione indicata alla Sezione IV ed eventualmente delle relative note, distinte e ricevute debitamente quietanzate in originale. A richiesta dell'Assicurato l'Impresa restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle note, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

ART. 7 – LIQUIDAZIONE DEI DANNI/NOMINA DEI PERITI

La quantificazione del danno sarà effettuata dall'Impresa mediante accordo diretto fra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale dell'Impresa. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del Terzo Perito. Le decisioni sono prese a maggioranza 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 dei patti contrattuali.

Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

ART. 8 – LEGGE - GIURISDIZIONE

Le Parti convengono che il presente contratto sarà regolato dalla Legge Italiana. Le Parti convengono altresì che qualunque controversia nascente dal presente contratto sarà soggetta alla giurisdizione italiana.

ART. 9 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola garanzia/prestazione.

La mancata produzione dei documenti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

ART. 10 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Il Contraente si impegna:

- nel caso in cui gli accordi intercorsi con l'Impresa prevedano una inclusione automatica obbligatoria di tutti i viaggiatori, ad assicurare con la presente polizza tutti i clienti che acquistino un viaggio di propria organizzazione;
- nel caso in cui gli accordi intercorsi con l'Impresa prevedano la facoltà per il viaggiatore di aderire alle coperture offerte dal presente contratto, a proporre a tutta la propria clientela la presente polizza;
- a mettere a disposizione di tutti gli assicurati in formato cartaceo o elettronico e prima della sottoscrizione del contratto il "Set informativo" comprensivo di "Scheda di polizza" e il "Questionario per la rilevazione delle esigenze dell'Assicurato" relativo alla presente polizza;
- a pubblicare nei cataloghi e/o nei siti le garanzie assicurative previste dalla presente polizza previa accettazione dei testi da parte dell'Impresa.

ART. 11 - CLAUSOLA DI CUMULO

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 1.000.000,00 per evento e per polizza. Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 12 – MANCATO PAGAMENTO – ANCHE PARZIALE – DEL PREMIO

Laddove il Contraente non corrisponda il premio dovuto alla firma del contratto o due o più rate di premio successive nei termini convenuti o non corrisponda la parte di premio variabile a conguaglio nelle modalità e nei termini previsti o non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, l'Impresa avrà il diritto di dichiarare con lettera raccomandata AR la sospensione degli effetti della copertura assicurativa, (con l'eccezione delle prestazioni indicate nella garanzia "Assistenza alla persona", ove prevista) a far data dalla ricezione della comunicazione medesima, mettendo in mora il Contraente e, a persistere di tale inadempimento nel termine di 15 giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione, dichiarare nei medesimi termini la risoluzione del contratto, configurando tale condotta del Contraente un grave inadempimento agli obblighi assunti ai sensi dell'art. 1455 e segg. del c.c., fatto salvo ogni altro diritto anche volto al risarcimento del danno subito. La sospensione e/o la risoluzione degli effetti del presente Contratto ha efficacia e valore oltretutto per il Contraente anche per l'Assicurato e quest'ultimo sarà debitamente informato dal Contraente di tale circostanza, manlevando il Contraente l'Impresa da ogni e qualsivoglia pregiudizio le dovesse derivare dalla mancata osservanza di tale obbligo.

In caso di mancata comunicazione dei Dati Variabili di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio nei termini convenuti, ferma restando la sospensione della garanzia, resta espressamente convenuto che gli eventuali sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione non saranno indennizzati e/o liquidati dall'Impresa al Contraente e/o all'Assicurato.

Parimenti – ove al concretizzarsi di uno degli eventi previsti nel presente articolo non segua un'immediata ed integrale definizione della posizione debitoria del Contraente – l'Impresa si riserva successivamente la facoltà di liquidare i sinistri in proporzione agli incassi effettivamente registrati.

ART. 13 – EFFETTI NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO

Il Contraente si impegna a rendere edotto l'assicurato, al momento dell'adesione alla polizza, che la garanzia assicurativa di cui al presente Contratto verrà sospesa dall'Impresa, oltre alle ipotesi previste dalla vigente normativa codicistica, al ricorrere delle ipotesi di cui all'art. 12, ovvero sia ad esempio nel caso in cui il Contraente non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili e/o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, potendo l'Impresa al persistere di tale inadempimento, dichiarare la risoluzione del contratto. E ciò anche nelle ipotesi di mancato pagamento del premio e/o delle rate di premio successive alle previste scadenze mensili ovvero delle somme dovute a conguaglio da parte del Contraente e comunque in tutti i casi in cui la Contraente si renda inadempiente rispetto agli obblighi di cui al presente contratto.

Il Contraente si impegna altresì a rendere edotto l'Assicurato di quanto previsto all'ultimo comma dell'articolo che precede ed a manlevare l'Impresa da ogni e qualsivoglia richiesta e/o doglianza che dovesse pervenire dall'Assicurato.

ART. 14 – ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- qualsiasi patologia – nessuna eccezione – diversa dal COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- situazioni non riconducibili 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 all'adesione alla polizza; l'assicurazione è operante per l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus) non ancora manifestatasi alla data di partenza del viaggio (patologia latente), certa la non conoscenza dell'assicurato;
- check-up di medicina preventiva;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche;
- conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- viaggi verso destinazioni con misure interdittive già in vigore al momento della partenza dell'Assicurato;
- viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- suicidio o tentativo di suicidio.

La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un viaggio effettuata dal Contraente.

Non è consentita l'emissione di più applicazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti.

L'adesione alla presente polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come l'adesione alla presente polizza dovrà avvenire obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Qualora l'emissione avvenga successivamente alla data di partenza del viaggio, il contratto e la singola applicazione emessa s'intenderà privo di ogni effetto e l'Impresa provvederà alla restituzione del premio di polizza.

Sono esclusi tutti i sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico prestato dall'organizzatore del viaggio Contraente della presente polizza.

Relativamente alla vendita di servizi di solo trasporto, la presente polizza è valida esclusivamente durante il periodo intercorrente la data di partenza e la data di rientro indicate nel titolo di trasporto e comunque entro il limite massimo indicato nell'applicazione e con il massimo di trenta giorni consecutivi.

Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel report JCC Global Cargo presente sul sito <https://watchlists.ihsmarkit.com> che al momento della partenza riportano un grado di rischio uguale o superiore a "4.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

SEZIONE C – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 3 Capitoli principali (Diaria da Ricovero - Indennità da Convalescenza – Maggiori Spese e Interruzione soggiorno in caso di fermo o quarantena) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19

La copertura offerta dal presente capitolo è valida a seguito di infezione da COVID-19 dell'Assicurato diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda 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 della prestazione di seguito indicata.

ART. 2 – PRESTAZIONE

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 € 100,00 per un numero massimo di giorni pari a 10. **In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso della validità della polizza non potrà superare l'importo di € 1.000,00 (mille/00).**

CAPITOLO 2 – INDENNITÀ DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19

La copertura offerta dal seguente Capitolo è valida a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero in un reparto di terapia intensiva.

ART. 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa riconosce all'Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a **€ 1.500,00 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 in un 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 – INTERRUZIONE SOGGIORNO IN CASO DI FERMO O QUARANTENA

ART. 4 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Qualora a seguito di un provvedimento di isolamento domiciliare dell'Assicurato, disposto dalle Autorità per quarantena, l'Assicurato sia impossibilitato a proseguire il viaggio prenotato e già iniziato, l'Impresa rimborsa quanto segue:

- le penali addebitate per servizi a terra prenotati e non usufruiti entro il limite di € 1.500,00 per Assicurato;
- i costi relativi alla modifica o al rifacimento della biglietteria (titoli di trasporto) originariamente acquistati al fine di far ritorno alla propria residenza, fino al massimo di € 1.000,00 per Assicurato ed al netto di eventuali rimborsi ricevuti dal vettore;
- le eventuali spese alberghiere/di soggiorno a carico dell'Assicurato per il periodo di quarantena entro il limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 14 giorni, qualora detta quarantena non possa svolgersi al domicilio dell'Assicurato.

ART. 5 – ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dalle norme comuni si intendono esclusi dalla garanzia:

- Viaggi verso destinazioni con misure restrittive già in vigore alla data di arrivo presso l'Hotel prenotato;
- Violazioni di normative e/o disposizioni in vigore alla data di arrivo prevista dal viaggio prenotato;
- Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Contraente;
- Problemi inerenti documenti d'identità e/o di viaggio, visti e qualsivoglia dotazione documentale (anche di carattere sanitario) prevista dalle norme tempo per tempo vigenti.

ART. 6 - RECUPERI

L'Assicurato e il Contraente si impegnano a corrispondere alla Impresa ogni importo restituito dai fornitori dei servizi turistici e/o enti, ed i costi non sostenuti in relazione agli eventi oggetto della copertura.

SEZIONE D – 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. 7 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Tutti i sinistri devono essere denunciati attraverso una delle seguenti modalità:

- **Via internet** (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **Via posta inviando la corrispondenza e la relativa documentazione al seguente indirizzo:**

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

In base alle norme generali e quelle che regolano ciascuna prestazione, nella denuncia occorre specificare correttamente il danno subito e, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, occorre allegare alla denuncia del sinistro la documentazione indicata in ciascuna prestazione assicurativa e di seguito riassunta:

IN CASO DI DIARIA DA RICOVERO

- Cartella clinica e copia degli eventuali accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio.

IN CASO DI INDENNITÀ DA CONVALESCENZA

- Cartella clinica e copia degli eventuali accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio

IN CASO DI INTERRUZIONE SOGGIORNO A SEGUITO DI QUARANTENA

- **documentazione attestante la quarantena disposta dalle Autorità;**
- **contratto di viaggio/estratto conto di prenotazione con descrizione del Pacchetto del Viaggio inizialmente previsto;**
- **eventuali titoli di viaggio di riprotezione con evidenza del maggior costo pagato;**
- **dichiarazione di non volato, emesso dal vettore aereo;**
- **estratti conto di penale delle quote dei servizi perduti;**
- **fatture di spesa relative al soggiorno forzato;**
- **documentazione attestante gli eventuali rimborsi riconosciuti dai fornitori.**

NOTA IMPORTANTE

- **Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.**
L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. **La mancata produzione dei documenti sopra elencati, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.**
- È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

Ricordarsi che il diritto all'indennizzo si prescrive trascorsi due anni dall'ultima richiesta scritta pervenuta all'Impresa in merito al sinistro (art. 2952 Codice Civile).

Importante!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codici ABI, CAB e CIN).

Per eventuali reclami scrivere a

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)

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 sospendere 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. 1455 – Importanza dell'inadempimento

Il contratto non si può risolvere se l'inadempimento di una delle parti ha scarsa importanza, avuto riguardo all'interesse dell'altra.

Art. 1892 – 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 – 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 – 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. 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.

Art. 1917 – Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile (1) l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2114 – Previdenza e assistenza obbligatorie

Le leggi speciali determinano i casi e le forme di previdenza e di assistenza obbligatorie e le contribuzioni e prestazioni relative

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.

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."

CODICE DI PROCEDURA PENALE

Art. 535 – Condanna alle spese

La sentenza di condanna pone a carico del condannato il pagamento delle spese processuali [relative ai reati cui la condanna si riferisce].

[2. I condannati per lo stesso reato o per reati connessi sono obbligati in solido al pagamento delle spese. I condannati in uno stesso giudizio per reati non connessi sono obbligati in solido alle sole spese comuni relative ai reati per i quali è stata pronunciata condanna.]

3. Sono poste a carico del condannato le spese di mantenimento durante la custodia cautelare [285, 286], a norma dell'articolo 692.

4. Qualora il giudice non abbia provveduto circa le spese, la sentenza è rettificata a norma dell'articolo 130.

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:

- 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 consorziali 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.



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo Pacchetto Covid
è aggiornato alla data del 1 giugno 2020