



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHIO VIAGGI

MOONEY VACANZE SERENE

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO 6003 - EDIZIONE 25.06.2021

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 il Set Informativo

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894123

NUMERO dall'estero
+39.011.4518.702



SCARICA CON NOBIS, L'ASSISTENZA A PORTATA DI APP!

Tutti i prodotti Nobis includono CON NOBIS: l'app per smartphone e tablet grazie alla quale, in caso di necessità, potrai richiedere assistenza di qualità con un touch, anche in videochiamata!

Scaricala gratuitamente e accedi con il tuo numero di polizza.

GOOGLE PLAY



APPLE STORE



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Mooney Vacanze Serene

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

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

- Set informativo

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 necessità di sostenere delle Spese mediche, il bisogno di Assistenza alla persona e la Interruzione viaggio a seguito di quarantena.



CHE COSA È ASSICURATO?

Di seguito sono presentate le garanzie operanti nel Prodotto Mooney Vacanze Serene. Si rammenta che le garanzie effettivamente operanti sono esclusivamente quelle riportate nella scheda di polizza sottoscritta dal Contraente e presenti nelle Condizioni di assicurazione che fanno parte del Set Informativo.

✓ Spese mediche

Nel limite del massimale di € 4.000,00 – da intendersi operante per ciascun Assicurato, per sinistro e per ciascun viaggio – verranno rimborsate le spese mediche, accertate e documentate, sostenute dall'Assicurato durante il viaggio a seguito di infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus). La copertura opererà unicamente per le spese di carattere farmaceutico e/o ospedaliero direttamente correlate a detta infezione, a condizione che dette spese siano urgenti, non differibili e sostenute nel luogo di destinazione del viaggio.

In caso di ricovero ospedaliero o in caso di day Hospital a seguito di documentata infezione da Covid 19 la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Nei casi in cui l'Impresa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate a termini di polizza sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa contattata preventivamente.

Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

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

✓ Assistenza alla persona

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento dell'ingresso in copertura.

Consulenza medica telefonica

Qualora a seguito di documentata infezione da Covid-19 insorta dopo la partenza del viaggio, occorra accertare lo stato di salute dell'Assicurato, l'Impresa metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare la prima emergenza sanitaria. Prestazione operante una volta per ciascun Assicurato e per ciascun viaggio.

Trasporto sanitario organizzato

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a comprovata infezione da Covid-19 dell'Assicurato, che impedisca la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante il quadro clinico completo – il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza. A giudizio insindacabile del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi: aereo sanitario – aereo di linea – vagone letto – ambulanza – altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.

Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addiventano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato. Prestazione operante una volta per ciascun Assicurato e per ciascun viaggio.

Trasporto della salma

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, determinato in via diretta ed esclusiva dall'infezione da Covid-19 accertata dopo la partenza del viaggio, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e prendendo in carico le spese necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto) fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma.

Consegna generi di prima necessità al domicilio

Qualora l'Assicurato comproui di essere afflitto da infezione da Covid-19, accertata dopo la partenza del viaggio, e detta infezione abbia comportato un ricovero presso un Istituto di Cura protrattosi per almeno 5 giorni, l'Impresa, previo contatto dell'Assicurato con la Centrale Operativa H24, provvede alla consegna di generi alimentari di prima necessità presso il domicilio eletto dall'Assicurato nel luogo di destinazione del viaggio.

Resta inteso tra le Parti che la prestazione opererà unicamente nel caso in cui il Sanitario certifichi in forma scritta che l'Assicurato risulti impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio di cui sopra.

La prestazione opera nel limite di due consegne per tutta la durata del viaggio, da effettuarsi espressamente entro i primi venti giorni successivi dalla dimissione dall'Istituto di Cura.

Consegna farmaci a domicilio

Qualora l'Assicurato comproui di essere afflitto da infezione da Covid-19, accertata dopo la partenza del viaggio, e detta infezione abbia comportato un ricovero presso un Istituto di Cura protrattosi per almeno 5 giorni, l'Impresa, previo contatto dell'Assicurato con la Centrale Operativa H24, provvede alla ricerca e alla consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato provvede al suo ritiro presso il domicilio del paziente e al successivo acquisto del farmaco presso una farmacia. Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

Resta inteso tra le Parti che la prestazione opererà unicamente nel caso in cui il Sanitario certifichi in forma scritta che l'Assicurato risulti impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio di cui sopra.

La prestazione opera nel limite di due consegne per tutta la durata del viaggio, da effettuarsi espressamente entro i primi venti giorni successivi dalla dimissione dall'Istituto di Cura.

✓ Interruzione soggiorno a seguito di quarantena

Qualora a seguito di un provvedimento di isolamento domiciliare, disposto dalle Autorità per quarantena conseguente a infezione o sospetto di infezione da Covid-19 dell'Assicurato o di un familiare o di un suo compagno di viaggio, l'Assicurato sia impossibilitato a proseguire il viaggio prenotato e già iniziato, l'Impresa rimborsa 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 15 giorni, qualora detta quarantena non possa svolgersi al domicilio dell'Assicurato.

La presente garanzia opera entro il limite massimo di euro 5.000,00 per sinistro e per viaggio, indipendentemente dal numero dei partecipanti. Resta inteso che in caso di iscrizione contemporanea di un gruppo precostituito di partecipanti, la definizione "Compagno di viaggio" può riferirsi a una sola persona.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- × Non sono assicurabili i viaggi di durata superiore ai trenta giorni.
- × Non sono assicurabili i soggetti affetti al momento dell'adesione alla copertura assicurativa da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.
- × Non sono assicurabili i soggetti che al momento dell'adesione alla copertura assicurativa abbiano un'età pari o superiore a 80 anni.
- × Non sono assicurabili i soggetti non titolari di una Carta prepagata emessa o gestita da Mooney S.p.A. (comprese quelle originariamente a marchio SisalPay).



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

! Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri determinati da:

- stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi;
- patologie diverse dall'infezione da Covid-19;
- atti di terrorismo;
- terremoti, tsunami, onde anomale, inondazioni, alluvioni eruzioni vulcaniche ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta;
- viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- suicidio o tentativo di suicidio;

- uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;

- pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus attualmente in circolazione e denominato "Covid-19";

- atti di temerarietà;

- le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;

- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

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, la singola applicazione emessa s'intenderà priva di ogni effetto.

Sono esclusi tutti i sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico acquistato dall'Assicurato (vedi Glossario per la definizione).

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ Il presente contratto di assicurazione opera esclusivamente per i viaggi aventi come destinazione un luogo situato nel territorio italiano (compresa la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano) o di uno Stato aderente al Trattato di Schengen. 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 e dell'adesione al contratto, il Contraente e l'Assicurato hanno 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, da parte del Contraente trattandosi di polizza da questi omaggiata agli Assicurati, del premio che è determinato per il periodo di durata della copertura dal 25 giugno 2021 al 14 ottobre 2021.

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, il contratto di 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 nel periodo 25 giugno 2021 - 14 ottobre 2021 e, alla sua naturale scadenza, non è previsto il tacito rinnovo. Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.

Le garanzie assicurative previste nel presente contratto opereranno per ciascun Assicurato durante il periodo del viaggio (i.e. dal momento in cui l'Assicurato inizia ad usufruire del primo servizio turistico, al momento in cui termina di usufruire dell'ultimo servizio turistico acquistato) da questi prenotato, che deve essere svolto dalle 00.00 del 25 giugno 2021 e concluso entro le ore 24.00 del 14 ottobre 2021.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Per il Contraente il contratto non si rinnova automaticamente per un anno alla sua naturale scadenza e, pertanto, non occorre procedere ad alcuna disdetta.

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.

Mooney Vacanze Serene

Versione n. 1 del Giugno 2021 (ultimo disponibile)

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

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

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

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

Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

Esercizio 2020

Bilancio approvato il 30/04/2021

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 71.902.188 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 32.786.417.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 202,92% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 450,93% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

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

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



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle garanzie **Assistenza alla persona** e **Interruzione soggiorno a seguito di quarantena** non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel Dip Base e, pertanto, si richiama integralmente quest'ultimo documento.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Mooney Vacanze Serene.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni aggiuntive a pagamento per il prodotto Mooney Vacanze Serene.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Spese mediche

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 100,00 che rimane a carico dell'Assicurato. Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 100,00.

Resta inteso che per gli importi superiori ad € 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.



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.

Spese mediche

Resta espressamente esclusa qualsiasi tipologia di spesa medica, diversa rispetto a quella indicata al primo capoverso dell'art. 1.1. Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono comunque escluse le spese per cure fisioterapiche, infermieristiche, riabilitative e ogni spesa relativa alle indagini di natura diagnostica - strumentale o di laboratorio - volte all'accertamento della infezione da Covid-19 (i.e. ad esempio: tampone, ecografia polmonare, radiografia, esami del sangue ecc.). Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso.

Assistenza alla persona

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. 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. L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto unicamente nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato. Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato, l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa dall'Impresa. Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa dall'Impresa. Le prestazioni non saranno operanti qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali o locali.

Interruzione viaggio a seguito di quarantena

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; violazioni di normative e/o disposizioni in vigore alla data di arrivo prevista dal viaggio prenotato; dolo o colpa grave dell'Assicurato; 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.

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: 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 all'Impresa i certificati medici, le cartelle cliniche, le denunce all'Autorità, l'estratto conto di prenotazione del viaggio, 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, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignorati o ipotecari.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	Si richiama quanto indicato nel Dip Base.
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	Si richiama quanto indicato nel Dip Base.
Sospensione	Il presente contratto non prevede la possibilità di sospendere il contratto.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il presente contratto non prevede la possibilità del ripensamento dopo la stipula. Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto: <ol style="list-style-type: none"> 1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole; 2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza; 3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole; 4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.
Risoluzione	Ogni variazione al contratto sarà comunicata da parte dell'Impresa al Contraente, per tramite dell'Intermediario che ha in carico il contratto, entro 45 giorni dall'eventuale 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 titolari di Carta prepagata emessa e gestita da Mooney (comprese quelle originariamente a marchio SisalPay) – aventi le caratteristiche indicate nel DIP Base – che acquistino un servizio turistico.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento dell'adesione al contratto di assicurazione non sosterrà alcun onere trattandosi di polizza omaggiata dal Contraente. Il Contraente dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta. Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,99%, per il Ramo 16 (Perdite pecuniarie) è pari al 40,47% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 46,69%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it , utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito www.ivass.it , sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1 – Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 2 – Esclusione di compensazioni alternative.....	3
Art. 3 – Decorrenza del contratto.....	3
Art. 4 – Validità decorrenza e durata delle garanzie.....	3
Art. 5 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	3
Art. 6 – Estensione territoriale.....	3
Art. 7 – Criteri di liquidazione dei sinistri	3
Art. 8 – Liquidazione dei danni/nomina dei periti.....	3
Art. 9 – Legge – Giurisdizione	3
Art. 10 – Integrazione documentazione di denuncia del sinistro	4
Art. 11 – Obblighi del contraente.....	4
Art. 12 – Clausola di cumulo	4
Art. 13 – Persone assicurabili	4
Art. 14 – Soggetti non assicurabili.....	4
Art. 15 – Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie.....	4
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	5
CAPITOLO 1 – SPESE MEDICHE DURANTE IL VIAGGIO	5
Art. 1.1 – Oggetto dell'assicurazione	5
Art. 1.2 – Franchigia e scoperto.....	5
Art. 1.3 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia spese mediche.....	5
CAPITOLO 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA	5
Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione	5
<i>Assistenza in viaggio in caso di documentata positività al covid-19</i>	5
Art. 2.2 – Consulenza medica telefonica	5
Art. 2.3 – Trasporto sanitario organizzato	5
Art. 2.4 – Trasporto della salma	6
<i>Assistenza post ricovero da covid-19 durante il viaggio</i>	6
Art. 2.5 – Consegna generi alimentari di prima necessità al domicilio	6
Art. 2.6 – Consegna farmaci a domicilio.....	6
Art. 2.7 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia assistenza alla persona	6
Art. 2.8 – Responsabilità.....	6
Art. 2.9 – Restituzione di titoli di viaggio	6
CAPITOLO 3 – INTERRUZIONE VIAGGIO A SEGUITO DI QUARANTENA	7
Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione	7
Art. 3.2 – Esclusioni	7
Art. 3.3 – Recuperi.....	7
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO	8
Art. 1 – Cosa fare in caso di sinistro.....	8
APPENDICE NORMATIVA	10

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.

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: il documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato;

Assicurato: i soggetti comunicati dal Contraente all'Impresa il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero:

1. ogni soggetto che ha attivato una carta prepagata emessa da Mooney S.p.A. (di seguito anche il "Contraente") nel periodo compreso tra le 00.00 del 25 giugno 2021 e le 24.00 del 30 settembre 2021;
2. ogni soggetto che risulta alla data del 24 giugno 2021 titolare di una carta prepagata attiva emessa o gestita da Mooney S.p.A. (comprese quelle originariamente a marchio SisalPay) con almeno un'operazione di ricarica svolta nel periodo compreso tra le 00.00 del 24 giugno 2021 e le 24.00 del 30 settembre 2021.

I soggetti di cui sopra per acquisire la qualifica di Assicurato dovranno aver effettuato la prenotazione di un viaggio, da svolgersi dalle 00.00 del 25 giugno 2021 e da concludersi entro le ore 24.00 del 14 ottobre 2021;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

Atti di terrorismo: un'azione di pubblico dominio – comprendente gravi forme di violenza illegittima contro una comunità (o parte di essa) e i relativi beni – finalizzata a incutere terrore nei membri di una collettività organizzata e/o a destabilizzarne l'ordine costituito e/o a limitare le libertà individuali (compresa quella di culto), mediante attentati, rapimenti, dirottamenti di aerei, di navi etc. e atti simili purché idonei a mettere in pericolo la vita degli individui;

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;

Compagno di viaggio: La persona assicurata che, pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato che ha subito l'evento, risulta regolarmente iscritto al medesimo viaggio dell'Assicurato stesso;

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione ovvero, nel caso concreto, MOONEY S.p.A. (p.iva 06529501006) con sede a Milano alla via privata Nino Bonnet n. 6/A;

Day hospital: la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni mediche che siano:

- riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, istituto clinico o casa 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.;

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

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;

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

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

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

Medicinali/Farmaci: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;

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 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;

Quarantena: isolamento domiciliare obbligatorio, che coinvolge una o più persone, con o senza sorveglianza sanitaria volta al successivo accertamento dell'effettivo contagio da Covid-19;

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 – pubblico o privato – regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

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 acquistati dall'Assicurato;

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

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.

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 Assicurazione Mooney Vacanze Serene Mod. 6003 ed. 2021-06 – Ultimo aggiornamento 25/06/2021

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.

Premessa

Il presente contratto di assicurazione è stipulato dal Contraente e opera in favore dei singoli Assicurati.

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

Il premio è predeterminato per ciascun singolo Assicurato, così come comunicato dal Contraente all'Impresa.

Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, 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 – DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto siglato tra l'Impresa e il Contraente decorre dalle 00.00 del 25 giugno 2021 e termina alle ore 24.00 del 14 ottobre 2021. Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo.

Art. 4 – VALIDITÀ DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

Le singole Applicazioni saranno operative, a seguito dell'attivazione da parte dell'Assicurato della carta prepagata emessa da Mooney o dell'avvenuta ricarica di una delle carte prepagate emesse e gestite da Mooney (comprese quelle originariamente a marchio SisalPay), a far data dal momento della data di attivazione di una carta Mooney o della ricarica di una carta Mooney o SisalPay.

Le garanzie assicurative previste nel presente contratto opereranno per ciascun Assicurato durante il periodo del viaggio (i.e. dal momento in cui l'Assicurato inizia ad usufruire del primo servizio turistico acquistato, al momento in cui termina di usufruire dell'ultimo servizio turistico acquistato) da questi prenotato, che deve essere svolto dalle 00.00 del 25 giugno 2021 e concluso entro le ore 24.00 del 14 ottobre 2021.

Resta espressamente inteso tra le Parti che la durata massima delle coperture relative a ciascun viaggio non potrà mai eccedere il limite massimo di giorni trenta.

Art. 5 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso telefonico e scritto all'Impresa secondo le modalità previste alle singole garanzie. 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. 6 – ESTENSIONE TERRITORIALE

Il presente contratto di assicurazione opera esclusivamente per i viaggi aventi come destinazione un luogo situato nel territorio italiano (compresa la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano) o di uno Stato aderente al Trattato di Schengen. L'Assicurazione è valida in ogni caso solo per gli eventi occorsi a una distanza superiore ai 50 Km dal luogo di residenza.

Art. 7 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. 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 notule, 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. 8 – LIQUIDAZIONE DEI DANNI/NOMINA DEI PERITI

Successivamente all'accertamento del diritto all'indennizzo, la quantificazione del danno sarà effettuata dall'Impresa mediante accordo diretto tra la stessa e l'Assicurato 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. 9 – 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.

Il Foro di Milano sarà competente in via esclusiva a dirimere ogni controversia relativa all'esecuzione del presente contratto.

Art. 10 - 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. 11 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Il Contraente s'impegna a farsi carico di tutti gli oneri economici connessi al presente contratto, trattandosi di coperture assicurative omaggiate dal Contraente stesso in favore degli Assicurati.

Il Contraente si impegna a comunicare all'Impresa i dati relativi a tutti i soggetti che attivino una Card Mooney nel periodo compreso tra le 00.00 del 25 giugno 2021 e le ore 24.00 del 30 settembre 2021.

Parimenti, il Contraente comunica altresì all'Impresa i dati di tutti i soggetti che, alle 24.00 del 24 giugno 2021, risulteranno già titolari di una carta prepagata emessa o gestita da Mooney (comprese quelle originariamente a marchio SisalPay), attiva e che abbiano effettuato nel periodo compreso tra le 00.00 del 25 giugno 2021 e le ore 24.00 del 30 settembre 2021 una ricarica sulla stessa.

Il Contraente s'impegna a comunicare all'Assicurato, in forma scritta e tracciabile, l'attivazione delle coperture offerte con il presente contratto, mettendo a disposizione di tutti gli assicurati in formato cartaceo o elettronico il "Set informativo".

Il Contraente s'impegna a pubblicare nel sito www.mooney.it le garanzie assicurative previste dalla presente polizza previa accettazione dei testi da parte dell'Impresa.

Art. 12 - 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 € 500.000,00 per evento.

Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 13 - PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili i soggetti che al momento dell'adesione alla polizza non hanno ancora compiuto i 80 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. 14 - SOGGETTI NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette al momento dell'adesione alla 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.

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. 15 - ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri determinati da:

- **stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi;**
- **patologie diverse dall'infezione da Covid-19;**
- **atti di terrorismo;**
- **terremoti, tsunami, onde anomale, inondazioni, alluvioni eruzioni vulcaniche ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;**
- **dolo o colpa grave dell'Assicurato;**
- **viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta;**
- **viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;**
- **viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;**
- **inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;**
- **suicidio o tentativo di suicidio;**
- **uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;**
- **pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus attualmente in circolazione e denominato "Covid-19";**
- **atti di temerarietà;**
- **le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- **eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.**

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, la singola applicazione emessa s'intenderà priva di ogni effetto.

Sono esclusi tutti i sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico acquistato dall'Assicurato (vedi Glossario per la definizione).

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 3 capitoli principali (*Spese mediche durante il viaggio – Assistenza alla persona – Interruzione viaggio a seguito di quarantena*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – SPESE MEDICHE DURANTE IL VIAGGIO

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stato corrisposto il relativo premio.

Art. 1.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite del massimale di € 4.000,00 – da intendersi operante per ciascun Assicurato, per sinistro e per ciascun viaggio – verranno rimborsate le spese mediche, accertate e documentate, sostenute dall'Assicurato durante il viaggio a seguito di infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus). La copertura opererà unicamente per le spese di carattere farmaceutico e/o ospedaliero direttamente correlate a detta infezione, a condizione che dette spese siano urgenti, non differibili e sostenute nel luogo di destinazione del viaggio.

In caso di ricovero ospedaliero o in caso di day Hospital a seguito di documentata infezione da Covid 19 la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Nei casi in cui l'Impresa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate a termini di polizza sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa contattata preventivamente.

Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

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

Art. 1.2 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 100,00 che rimane a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 100,00.

Resta inteso che per gli importi superiori ad € 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

Art. 1.3 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA SPESE MEDICHE

Resta espressamente esclusa qualsiasi tipologia di spesa medica, diversa rispetto a quella indicata al primo capoverso dell'art. 1.1.

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono comunque escluse le spese per cure fisioterapiche, infermieristiche, riabilitative e ogni spesa relativa alle indagini di natura diagnostica – strumentale o di laboratorio – volte all'accertamento della infezione da Covid-19 (i.e. ad esempio: tampone, ecografia polmonare, radiografia, esami del sangue ecc.).

Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso.

CAPITOLO 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stato corrisposto il relativo premio.

Le attività di servizio inserite nella garanzia Assistenza alla persona sono offerte a titolo gratuito.

Art. 2.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento dell'adesione alla polizza. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

Assistenza in viaggio in caso di documentata positività al Covid-19

Art. 2.2 – CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora a seguito di documentata infezione da Covid-19 insorta dopo la partenza del viaggio, occorra accertare lo stato di salute dell'Assicurato, l'Impresa metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare la prima emergenza sanitaria.

Prestazione operante una volta per ciascun Assicurato e per ciascun viaggio.

Art. 2.3 – TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a comprovata infezione da Covid-19 dell'Assicurato, che impedisca la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante il quadro clinico completo – il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.

A giudizio insindacabile del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

aereo sanitario – aereo di linea – vagone letto – ambulanza – altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.

Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Prestazione operante una volta per ciascun Assicurato e per ciascun viaggio.

Art. 2.4 – TRASPORTO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, determinato in via diretta ed esclusiva dall'infezione da Covid-19 accertata dopo la partenza del viaggio, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e prendendo in carico le spese necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto) fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma.

Assistenza post ricovero da Covid-19 durante il viaggio

Art. 2.5 – CONSEGNA GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITÀ AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato comprouvi di essere afflitto da infezione da Covid-19, accertata dopo la partenza del viaggio, e detta infezione abbia comportato un ricovero presso un Istituto di Cura protrattosi per almeno 5 giorni, l'Impresa, previo contatto dell'Assicurato con la Centrale Operativa H24, provvede alla consegna di generi alimentari di prima necessità presso il domicilio eletto dall'Assicurato nel luogo di destinazione del viaggio.

Resta inteso tra le Parti che la prestazione opererà unicamente nel caso in cui il Sanitario certifichi in forma scritta che l'Assicurato risulti impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio di cui sopra.

La prestazione opera nel limite di due consegne per tutta la durata del viaggio, da effettuarsi espressamente entro i primi venti giorni successivi dalla dimissione dall'Istituto di Cura.

Art. 2.6 – CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato comprouvi di essere afflitto da infezione da Covid-19, accertata dopo la partenza del viaggio, e detta infezione abbia comportato un ricovero presso un Istituto di Cura protrattosi per almeno 5 giorni, l'Impresa, previo contatto dell'Assicurato con la Centrale Operativa H24, provvede alla ricerca e alla consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato provvede al suo ritiro presso il domicilio del paziente e al successivo acquisto del farmaco presso una farmacia. Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

Resta inteso tra le Parti che la prestazione opererà unicamente nel caso in cui il Sanitario certifichi in forma scritta che l'Assicurato risulti impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio di cui sopra.

La prestazione opera nel limite di due consegne per tutta la durata del viaggio, da effettuarsi espressamente entro i primi venti giorni successivi dalla dimissione dall'Istituto di Cura.

Art. 2.7 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa.

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.

L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) unicamente nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato (art. 2.3), l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa dall'Impresa.

Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa dall'Impresa.

Le prestazioni non saranno operanti qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali o locali.

Art. 2.8 – RESPONSABILITÀ

L'Impresa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di eventi già esclusi ai sensi delle Condizioni di Assicurazione e a seguito di:

- disposizioni delle autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
- ogni circostanza fortuita od imprevedibile;
- cause di forza maggiore.

Art. 2.9 – RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

L'Assicurato è tenuto a consegnare all'Impresa i biglietti di viaggio non utilizzati a seguito delle prestazioni godute.

CAPITOLO 3 – INTERRUZIONE VIAGGIO A SEGUITO DI QUARANTENA

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stato corrisposto il relativo premio

Art. 3.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Qualora a seguito di un provvedimento di isolamento domiciliare, disposto dalle Autorità per quarantena conseguente a infezione o sospetto di infezione da Covid-19 dell'Assicurato o di un familiare o di un suo compagno di viaggio, l'Assicurato sia impossibilitato a proseguire il viaggio prenotato e già iniziato, l'Impresa rimborsa 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 15 giorni, qualora detta quarantena non possa svolgersi al domicilio dell'Assicurato.

La presente garanzia opera entro il limite massimo di euro 5.000,00 per sinistro e per viaggio, indipendentemente dal numero dei partecipanti.

Resta inteso che in caso di iscrizione contemporanea di un gruppo precostituito di partecipanti, la definizione "Compagno di viaggio" può riferirsi a una sola persona.

Art. 3.2 – 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;
- violazioni di normative e/o disposizioni in vigore alla data di arrivo prevista dal viaggio prenotato;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- 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. 3.3 – RECUPERI

L'Assicurato s'impegna 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 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. 1 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Spese mediche durante il viaggio

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà far pervenire all'Impresa i seguenti documenti:

- Documentazione e referti, strumentali e/o di laboratorio, attestanti l'infezione da Covid-19, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica;
- prescrizione medica e originale delle notule, fatture, ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali, con le ricevute originali dei farmaci acquistati.
- numero della polizza.

L'Assicurato provvederà ad inviare all'Impresa la copia autentica e completa della eventuale Cartella Clinica, nonché copia del referto di ogni altro accertamento diagnostico strumentale o di laboratorio effettuato.

L'Assicurato acconsentirà ad eventuali controlli medici disposti dall'Impresa e fornirà alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Assistenza alla persona

In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde:

800.894123

dall'Estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando la numero + **39/039/9890.702** comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome;
- Numero di polizza (n. 6003000817/V)
- Motivo della chiamata;
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarVi.

L'Assicurato dovrà in ogni caso far pervenire all'Impresa la documentazione e i referti, strumentali e/o di laboratorio, attestanti l'infezione da Covid-19, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica.

Interruzione viaggio a seguito di quarantena

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà far pervenire all'Impresa i seguenti documenti:

- documentazione e referti, strumentali e/o di laboratorio, attestanti l'infezione da Covid-19, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica;
- documentazione attestante la quarantena disposta dalle Autorità;
- contratto di viaggio/estratto conto di prenotazione con descrizione del Pacchetto del Viaggio inizialmente previsto;
- estratti conto di penale delle quote dei servizi perduti;
- fatture di spesa relative al soggiorno forzato;
- documentazione attestante gli eventuali rimborsi riconosciuti dai fornitori.

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 qui sopra e all'interno di ciascuna prestazione.

NOTA IMPORTANTE

- **Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali delle fatture delle riparazioni nonché 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 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. 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.



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
è aggiornato alla data del 25 giugno 2021