ASSICURAZIONE INFORTUNI

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Nobis Salus
Versione n. 1 del 30 Ottobre 2019 (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). 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 italiana e lo stesso è soggetto alla giurisdizione italiana.

CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle **Garanzie Morte per Infortunio** e **Invalidità Permanente da Infortunio** (comprese le Estensione sempre incluse) non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Base Nobis Salus. 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 Nobis Salus.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Diaria da ricovero da Infortunio	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Diaria da convalescenza da Infortunio	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Diaria da gessatura da Infortunio	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Inabilità temporanea da infortunio	Nel caso si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa riconosce, in caso di inabilità temporanea, il pagamento della somma giornaliera assicurata, per un periodo massimo di 365 giorni a partire dal giorno dell'infortunio, con le seguenti modalità: - integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di esercitare le sue occupazioni professionali; - ridotta al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali. L'indennizzo per inabilità temporanea decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato come disposto all'Art. 34 "Denuncia di sinistro da infortunio e obblighi relativi", dedotti i giorni di franchigia e viene corrisposto fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità, fermo il limite sopraindicato.
Rimborso spese mediche da infortunio	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Invalidità permanente da malattia	L'impresa riconosce, fino a concorrenza del capitale assicurato, in caso di invalidità permanente conseguente a malattia, a condizione che l'invalidità, abbia un grado pari o superiore al 25% della totale, e che sia conseguente di una malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto.
Immersione con autorespiratore	Qualora risulti dalla scheda di polizza l'acquisto della presente estensione è compresa in garanzia la pratica non professionale delle immersioni con autorespiratore, sempreché l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da una associazione legalmente autorizzata o stia partecipando al corso volto all'ottenimento del suddetto brevetto. Sono pertanto comprese anche le embolie gassose.
Danno Estetico	Qualora a seguito di evento indennizzabile, l'Assicurato riporti lesioni al viso tali da provocarne lo sfregio permanente o la deturpazione, l'impresa riconosce il rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dalla guarigione clinica, allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica e estetica.
Perdita Anno Scolastico	A seguito di evento indennizzabile, l'impresa corrisponderà un'indennità indicata in polizza, per la perdita di anno scolastico per assicurati di età inferiore a 20 anni.
Grande Intervento Chirurgici	In caso di grande intervento chirurgico, l'impresa riconosce sino alla concorrenza del massimale indicato in polizza il rimborso delle spese sanitarie sostenute, nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, durante il ricovero per un massimo di 360 giorni e nei 120 giorni successivi al ricovero.
Assistenza	**a) Consulti medici** La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario. **b) Invio medico** La Centrale Operativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico dell'Impresa. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico dell'Impresa. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno ed è valida esclusivamente in Italia. **c) Trasporto in ambulanza** La Centrale Operativa, qualora l'assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza. Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione è fornita 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia. **d) Consegna farmaci a domicilio** La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci. Resta a carico dell'assicurato il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno. **e) Rete sanitaria** La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione dell'assicurato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione. **f) Gestione dell'appuntamento** Qualora l'assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'assicurato.

	g) Assistenza infermieristica Qualora a seguito di ricovero per infortunio o malattia, l'assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, la Centrale Operativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di Euro 60,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi. **h) Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio** Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 7 giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un totale di 5 accessi (della durata ciascuna di un'ora) per anno, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.
Terremoto	Qualora venga indicato sul modulo di polizza la presente estensione, sono compresi in garanzia, a parziale deroga dell'art.23, lettera g), gli infortuni occorsi all'Assicurato a seguito di terremoto, eruzioni vulcaniche, inondazioni e alluvioni. La garanzia è operante, esclusivamente per gli eventi poc'anzi indicati, a condizione che gli stessi avvengano al di fuori della regione di residenza dell'Assicurato. La presente estensione è prestata per le garanzie morte ed invalidità permanente sino alla concorrenza delle somme assicurate con il limite comunque operante di Euro 250.000,00; non è invece operante per le altre garanzie, anche se sottoscritte. In caso di invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata solo in caso di invalidità accertata pari o superiore al 50%.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

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

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.

Morte per infortunio	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Invalidità permanente da infortunio	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Estensioni	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Diaria da ricovero da Infortunio	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Diaria da gessatura da Infortunio	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Diaria da convalescenza da Infortunio	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Rimborso spese mediche da infortunio	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Invalidità permanente da malattia	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Assistenza	**Consulti medici** La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario. **Invio medico** La Centrale Operativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico dell'Impresa. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico dell'Impresa. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno ed è valida esclusivamente in Italia. **Trasporto in ambulanza** La Centrale Operativa, qualora l'assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza. Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione è fornita 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia. **Consegna farmaci a domicilio** La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'assicurato e quindi in farmacia. Resta a carico dell'assicurato il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno.

Immersione con autorespiratore	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Attività sportive	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Terremoto	La presente copertura è prestata per le garanzie Morte e Invalidità permanente sino alla concorrenza delle somme assicurate, con il limite comunque operante di euro 250.000,00; non è invece operante per le altre garanzie, anche se sottoscritte. In caso di invalità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata solo in caso di invalidità accertata pari o superiore al 50%. Garanzia operante esclusivamente per gli avvenimenti accaduti al di fuori della regione di residenza dell'Assicurato.
Inabilità temporanea da infortunio	La garanzia non può essere acquistata in abbinamento alla Diaria giornaliera da ricovero e/o alla Diaria giornaliera in caso di gessatura.
Danno Estetico	La garanzia non indennizza le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti all'evento.

Per ogni singola garanzia indicata nel presente prodotto ed esplicitamente sottoscritta dal contraente sono previsti somme assicurabili (massimali), 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. Si richiama l'attenzione dell'Assicurato in merito al fatto che eventuali riparazioni effettuate al di fuori della Rete Convenzionata con l'Impresa verranno liquidate applicando scoperti/franchigie dedicate.

CHE OBBLIGHI HO?

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 **800.894149** (dall'estero occorre comporre il numero **+39 039.9890.722**) e successivamente inviare denuncia per iscritto all'Impresa entro 5 giorni dalla data di accadimento del sinistro stesso o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, con l'indicazione della data, del luogo e delle sue modalità, nonché degli eventuali testimoni.
	Assistenza diretta/in convenzione: L'assicurato potrà verificare sul sito dell'Impresa (www.nobis.it. - sezione Salute) l'elenco delle Strutture Sanitarie Convenzionate e gli eventuali aggiornamenti. Sul sito medesimo l'assicurato potrà trovare anche l'elenco aggiornato dei Medici convenzionati.
	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	Il contraente e/o l'assicurato sono obbligati a comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il contraente/assicurato effetui 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, valutato il danno 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.

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 3%. 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 accettato dall'eventuale intermediario comunque inteso. Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Non è prevista la facoltà di rimborso del premio.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	Il contratto è stipulato con previsione di tacito rinnovo per un anno e così successivamente. Il contratto ha validità annuale ed alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita da una parte esclusivamente alla sede dell'altra almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il contraente/assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. In ogni caso il pagamento tardivo della rata di premio non determinerà un'efficacia retroattiva della copertura che sarà attiva dalle ore 24 del giorno in cui verrà corrisposto quanto dovuto. ***Sono previsti termini di carenza/aspettativa così come riportato all'art. 18 "Periodi di Aspettativa in base alle garanzie sottoscritte."***
Sospensione	Non è prevista 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. Resta salva la facoltà dell'assicurato di recedere dal contratto in caso di sinistro. Resta salva la facoltà dell'assicurato di disdettare ad ogni scadenza annuale il contratto, con l'invio di lettera raccomandata AR almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alle persone fisiche che non abbiano ancora compiuto i 80 anni di età (65 anni per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia), residenti nel territorio della Repubblica Italiana.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del rischio assicurando e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 34,19%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,42% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 48,42%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it**, utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito ***www.ivass.it***, sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

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