



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER SPESE MEDICHE E INFORTUNIO DEL CONDUCENTE

INFORTUNI CIRCOLAZIONE NOBIS

MODELLO IC.2012.001-2019.001 - EDIZIONE 01.11.2019

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Base;
 - b) Dip Aggiuntivo;
 - c) Glossario;
 - d) Condizioni di assicurazione
- che devono essere consegnati al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Infortuni Circolazione Nobis

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

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

- **Set informativo**

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza indennizza all'Assicurato un importo in caso di **Invalidità permanente o Morte da circolazione**.

Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti dalla Scheda di Polizza sottoscritta dal Contraente.



CHE COSA È ASSICURATO?

Invalidità permanente

✓ L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo è calcolato con riferimento alla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previsti dal contratto. La somma assicurata per Invalidità Permanente da infortunio è soggetta, per ciascun sinistro, ad una franchigia assoluta di 5 punti percentuali della totale. Pertanto l'Impresa non liquida alcun indennizzo quando l'Invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Morte

✓ L'indennizzo per il caso di Morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso mentre i Beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano notizie di lui, l'Impresa ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati per l'evento come accertato, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

N.B. Le coperture effettivamente operanti sono quelle riportate sulla scheda di polizza/modulo di adesione sottoscritto dal Contraente/ Assicurato.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

✗ Non sono assicurabili le Persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci), infezione da HIV, psicosi croniche prive di causalità organica nonché quelle affette da sindromi organiche cerebrali. L'assicurazione cessa automaticamente con il manifestarsi di tali affezioni.

✗ L'assicurazione non vale per Persone di età superiore a 75 anni e cessa per quelle che raggiungono tale limite di età. Qualora l'Assicurato raggiunga il limite di età sopra indicato nel corso dell'annualità assicurativa, le prestazioni assicurative cesseranno alla scadenza annuale del premio, successiva al compimento del 75esimo anno.

✗ Non sono assicurabili veicoli diversi da Autovetture ed Autocarri di peso inferiore a 60 q.li.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

! Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

! da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);

! da guerre, azioni di terrorismo ed insurrezioni nonché tumulti popolari e calamità naturali (movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, trombe d'aria ed uragani);

! da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché da atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;

! gli infarti e le ernie non traumatiche;

! da stato di intossicazione acuta di sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - farmaci) nonché quelli derivanti da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

! dall'abuso di psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni nonché da ubriachezza;

! dalla guida od uso di qualsiasi natante nonché di qualsiasi veicolo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione nonché dalla guida e dall'uso di qualsiasi tipologia di aeromobili, ultraleggeri, deltaplani, parapendii, alianti e simili ed inoltre dalla guida ed uso di mezzi subacquei e salto dal trampolino con idrosci;

! dalla partecipazione a competizioni sportive, da gare automobilistiche ed alle relative prove e allenamenti;

! in caso di dolo del Conducente;

! in occasione di operazioni di carico e scarico nonché in occasione di trasporto non effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della carta di circolazione;

! dalla partecipazione a competizioni sportive, da gare automobilistiche ed alle relative prove e allenamenti;

! durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

! La presente copertura non opera in relazione agli Infortuni patiti dall'Assicurato in qualità di trasportato.

! All'interno di ciascuna garanzia sono indicate le eventuali ulteriori esclusioni proprie delle stesse.

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino, e tutti i paesi indicati nella Carta verde del Veicolo stesso.

CHE OBBLIGHI HO?

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

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

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

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

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

Il premio è già comprensivo di imposte.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

L'assicurazione ha la validità prescelta dall'Assicurato e – se stipulata con tacito rinnovo – 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.

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

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il Contraente potrà disdire la polizza, ove sia stata stipulata con tacito rinnovo, inviando all'Impresa una comunicazione a mezzo raccomandata A/R entro 30 giorni dalla scadenza annuale contrattualmente prevista.

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

ASSICURAZIONE INFORTUNI ALLA PERSONA

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Infortuni Circolazione Nobis

Versione n. 1 del 01 novembre 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 esclusivamente alla giurisdizione italiana.



CHE COSA È ASSICURATO?

L'Impresa, alle condizioni previste in polizza, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati in polizza, al verificarsi di un infortunio che gli Assicurati abbiano a subire nella loro qualità di Conducenti dei Veicoli identificati in polizza.

La garanzia è operante dal momento in cui gli Assicurati salgono a bordo di un mezzo di locomozione sino a quello in cui ne discendono. In merito alle garanzie Invalidità Permanente e Morte non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel Dip Base Infortuni Circolazione Nobis.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Nessuna	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Infortuni Circolazione Nobis.
----------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Nessuna	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo per il prodotto Infortuni Circolazione Nobis.
----------------	---



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?

Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni specifiche per ciascuna garanzia. Le esclusioni, valide per tutte le garanzie, sono già state elencate nel DIP Base.

Invalidità permanente	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel Dip Base
------------------------------	---

Morte	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel Dip Base
--------------	---

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti. **Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi per esso, deve darne avviso scritto all'agenzia/ufficio alla quale è assegnata la Polizza, oppure alla Compagnia entro 5 (cinque) giorni da quando l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto la possibilità. **Gli aventi diritto, in caso di Morte dell'Assicurato, debbono darne avviso scritto entro 5 (cinque) giorni da quando siano venuti a conoscenza dell'evento.**

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

La denuncia del Sinistro deve essere corredata dai dati e documenti:

- dati anagrafici completi del danneggiato;
- indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione della dinamica e delle modalità di accadimento;
- copia della patente di guida del conducente infortunato;
- copia del modello di denuncia del Sinistro RC auto (modello CAI);
- copia integrale del verbale delle eventuali Autorità intervenute;
- certificato medico del primo soccorso;
- copia cartella clinica;
- giustificativi di spese mediche quietanzati.

In caso di Morte dell'Assicurato, la denuncia deve essere corredata anche dalla seguente documentazione:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualifica di eredi dei richiedenti e, in caso di presenza di testamento, copia del testamento pubblicato e non impugnato;
- copia dell'eventuale domanda di dichiarazione di Morte presunta presentata al Tribunale competente.

Il decorso clinico delle lesioni deve essere documentato da ulteriore documentazione medica attestante l'evoluzione dell'Infortunio fino alla guarigione e dalla valutazione dei postumi di Invalidità Permanente residuati a carico dell'Assicurato, effettuata da medico legale; le spese relative alla predetta documentazione sono a carico dell'Assicurato e non vengono rimborsate dall'Impresa.

L'Assicurato o, in caso di Morte, i Beneficiari, devono consentire all'impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari; inoltre si impegnano a fornire all'Impresa qualsiasi documentazione comprovante l'evento. In particolare, l'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto, devono acconsentire alla visita dei periti medico legali dell'Impresa ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i Medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Assistenza diretta/in convenzione: Si specifica che il contratto non prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.

Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.

Prescrizione: così come stabilito dall'art. 2952 c.c., i diritti dell'assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, a meno che non siano state commesse in buona fede dal contraente o dall'Assicurato stesso.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa si obbliga a istruire il sinistro nel più breve tempo possibile e, sempre nel più breve tempo possibile, a provvedere alla liquidazione del danno a seguito della ricezione di tutta la documentazione necessaria e dall'accertamento del diritto all'indennizzo.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	Il Premio è determinato su base annuale ed è dovuto per intero anche in caso di concessione del frazionamento. Il pagamento del premio assicurativo può essere effettuato contestualmente all'acquisto della vettura con i mezzi di pagamento consentiti dal concessionario venditore del veicolo, oppure mediante contanti, assegni, bonifico bancario. E' consentito il frazionamento semestrale o quadrimestrale del premio. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 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 non paga i premi o le rate di Premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile. Il pagamento del Premio va eseguito presso l'Agenzia o l'Ufficio cui è assegnata la polizza ovvero presso la sede della Compagnia di Assicurazione.
Rimborso	La polizza prevede il diritto di recesso sia per il Contraente/ Assicurato che per Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. a seguito di sinistro. Per recedere è necessario dare preavviso di 30 giorni tramite raccomandata AVR o Pec. Il diritto di recesso è esercitabile fino al 60esimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo. In tutti i casi, Nobis provvederà al rimborso del premio al netto delle imposte versate entro 15 (quindici) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso a seguito di sinistro.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	Il contratto ha la validità prescelta dall'Assicurato e risultante dalla Scheda di polizza. In mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, la polizza è prorogata di un anno e così successivamente.
Sospensione	Non è ammessa la sospensione del contratto o delle singole garanzie.



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: <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	Il Contraente può chiedere la risoluzione del Contratto nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> • In caso di sinistro • Morte dell'assicurato • Vendita, demolizione, distruzione o esportazione definitiva del veicolo



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto al Conducente del veicolo identificato in polizza, classificabile come:

- autovettura ad uso privato o ad uso promiscuo;
- autocarro di peso inferiore a 60 q.li.



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 e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il ramo 1 (Infortunati) è pari al 34,19%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito www.ivass.it , sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, in presenza di una richiesta di risarcimento non superiore a 15.000€, eventuali controversie che possono essere trattate anche per il tramite della Conciliazione paritetica . Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

SEZIONE A - GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE B - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	2
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	2
Art. 2 – Altre assicurazioni	2
Art. 3 – Effetto dell'assicurazione – Pagamento del premio	2
Art. 4 – Proroga dell'assicurazione – Periodo di assicurazione	2
Art. 5 – Forza probatoria del contratto – validità delle variazioni – forma delle comunicazioni	2
Art. 6 – Aggravamento del rischio	2
Art. 7 – Diminuzione del rischio	2
Art. 8 – Recesso in caso di sinistro	2
Art. 9 – Controversie – Arbitrato irrituale	2
Art. 10 – Cessione e concessione in pegno a terzi – Pretese verso terzi	3
Art. 11 – Persone non assicurabili – Limiti di età	3
Art. 12 – Validità territoriale	3
Art. 13 – Oneri fiscali	3
Art. 14 – Rinvio alle norme di legge	3
Art. 15 – Foro Competente	3
Art. 16 – Rinuncia al diritto di rivalsa	3
Art. 17 – Gestione dei rapporti assicurativi via web	3
SEZIONE C - GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	4
Art. 18 – Oggetto dell'assicurazione	4
Art. 19 – Esclusioni	4
Art. 20 – Prestazioni per il caso di Invalidità Permanente	4
Art. 21 – Franchigia per Invalidità Permanente	6
Art. 22 – Prestazioni per il caso Morte e Morte Presunta	6
Art. 23 – Cessazione di rischio per vendita, demolizione, distruzione o esportazione definitiva	6
SEZIONE D - DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	7
Art. 24 – Denuncia del sinistro – Modalità di pagamento – Obblighi dell'assicurato	7
Art. 25 – Liquidazione e pagamento	7
APPENDICE NORMATIVA	9
INFORMATIVA SI SENSI DEL CAPO II SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016 / 679 (GDPR)	11

SEZIONE A - GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

ASSICURATO - il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE - il contratto di assicurazione.

BENEFICIARI - gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, alle quali l'Impresa deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

CENTRALE OPERATIVA - la struttura di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. costituita da medici, tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'assicurato e che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONTRAENTE - il soggetto che stipula l'assicurazione.

FRANCHIGIA - la parte dell'Indennizzo che rimane a carico dell'assicurato.

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

INDENNIZZO - la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

INFORTUNIO - ogni evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca in nesso causale diretto ed esclusivo lesioni fisiche permanenti obiettivamente constatabili. Sono considerati infortunio anche l'asfissia non di origine morbosa, l'annegamento, l'assideramento od il congelamento, i colpi di sole e di calore, gli stati di malore o di incoscienza.

INTERMEDIARIO - il soggetto (persona fisica o giuridica) iscritto al Registro Unico degli Intermediari che svolge l'attività di intermediazione assicurativa.

INTERVENTO CHIRURGICO - l'atto medico praticato in sala operatoria di un Istituto di Cura, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un Intervento Chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

INVALIDITA' PERMANENTE - La perdita definitiva, in misura totale o parziale, a seguito di infortunio, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

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

MASSIMALE/CAPITALE ASSICURATO - somma entro cui l'Impresa presta le coperture assicurative previste in polizza.

MORTE - Evento letale che, secondo le condizioni di polizza, permette all'Impresa di liquidare agli aventi diritto la somma assicurata per tale garanzia.

MORTE PRESUNTA - la dichiarazione di morte di una persona scomparsa a seguito di infortunio e di cui non si hanno più notizie, effettuata con sentenza del tribunale dopo 2 anni dal giorno dell'infortunio, o se il giorno non è conosciuto, dopo 2 anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

POLIZZA - il documento che prova la valida stipula del contratto di assicurazione.

PREMIO - la somma dovuta all'Impresa.

RICOVERO - la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura.

SCOPERTO - la parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'assicurato.

SINISTRO - il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

STRUTTURA SANITARIA - ambito sanitario così articolato:

- **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.
- **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 L. 15 marzo 2010 n. 38 e smi.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA - strutture sanitarie, così come definite nel presente glossario, convenzionate con Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. alle quali l'assicurato potrà rivolgersi su indicazione e previa autorizzazione dell'Impresa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. In caso di ricovero, tali prestazioni sono fornite senza che l'assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti, che verranno effettuati direttamente dall'Impresa alla Struttura Convenzionata con le modalità previste dall'assicurazione.

STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA - strutture sanitarie, così come definite nel presente glossario, diverse da quelle da quelle indicate dall'Impresa, in possesso dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore, alle quali l'assicurato potrà comunque rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza, senza ottenere il servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte dell'Impresa.

VEICOLO - mezzo meccanico di trasporto, azionato a motore, destinato a circolare conformemente a quanto previsto dal Codice della Strada, di qualunque marca e rientrante fra:

- Autovetture ad uso privato o ad uso promiscuo;
- Gli autocarri di peso inferiore a 60 q.li.

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE B – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Infortuni Circolazione Nobis Mod. IC.2012.001-2019.001 – Ultimo aggiornamento 01/11/2019

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

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e/o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, nonché il mancato rispetto degli obblighi derivanti dalla presente polizza, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile. Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni nelle caratteristiche del rischio che comportino un aggravamento dello stesso, il contraente e/o l'assicurato deve darne immediata comunicazione all'Impresa indicando gli estremi della variazione stessa. Per tali variazioni vale il disposto dell'art. 1898 codice civile.

Art. 2 – Altre assicurazioni

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

Art. 3 – Effetto dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "Decorrenza contratto" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati. In caso contrario, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio stesso. Il premio è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il pagamento rateale. Detto pagamento rateale potrà avvenire con singola rata annuale oppure attraverso più rate con frazionamento semestrale o quadrimestrale.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello di scadenza. Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine l'Impresa ha facoltà di dichiarare, con lettera raccomandata AR, la risoluzione del contratto, fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale dei premi scaduti antecedentemente.

L'assicurazione sospesa riprende a decorrere, qualora l'Impresa non abbia dichiarato la risoluzione, dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e delle eventuali spese, ferme le successive scadenze stabilite nel contratto (art. 1901 c.c.).

I premi devono essere pagati all'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione dell'Impresa.

Art. 4 – Proroga dell'assicurazione – Periodo di assicurazione

Il presente contratto ha la durata prescelta dall'Assicurato e risultante dalla Scheda di polizza.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR spedita almeno 30 giorni prima della scadenza originariamente stabilita, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 5 – Forza probatoria del contratto – validità delle variazioni – forma delle comunicazioni

La polizza firmata è il solo documento che attesta le condizioni regolatrici dei rapporti tra le parti.

Le eventuali variazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto dalle Parti. Le comunicazioni che il contraente intende effettuare durante il corso della polizza devono essere fatte con lettera raccomandata AR oppure Pec indirizzata alla Direzione dell'Impresa o alla sede dell'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza.

Art. 6 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 7 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio e le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e sino al sessantesimo giorno da quello in cui l'indennizzo è stato pagato od il sinistro è stato altrimenti definito, il contraente può recedere dal contratto.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della sua comunicazione e l'Impresa non è tenuta al rimborso della parte di premio relativa al periodo non corso.

L'Impresa ha la facoltà di recedere dal contratto a seguito di denuncia di sinistro. In tal caso l'Impresa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 – Controversie – Arbitrato irrituale

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

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e

competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel quale caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

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

Art. 10 - Cessione e concessione in pegno a terzi - Pretese verso terzi

Non possono essere né cedute né concesse in pegno richieste di terzi sulle prestazioni assicurative.

Nel caso in cui l'assicurato abbia diritto ad indennizzi da parte di terzi (Servizio Sanitario Nazionale, Casse Mutue, ecc.) l'Impresa è tenuta a rimborsare soltanto la differenza tra le spese effettivamente sostenute e quanto rimborsato da terzi, entro i limiti previsti dalla tipologia di polizza acquistata.

L'Impresa rinuncia al diritto di Surrogazione come da art. 1916 del Codice Civile.

Art. 11 - Persone non assicurabili - Limiti di età

Premesso che l'Impresa non avrebbe prestato l'assicurazione qualora al momento della stipulazione del contratto fosse stata a conoscenza che l'Assicurato fosse affetto da alcolismo, tossicodipendenza, da AIDS o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile e senza obbligo per l'Impresa di corrispondere indennizzo alcuno.

La cessazione dell'assicurazione in corso comporta l'obbligo per l'Impresa - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente la parte di premio pagato e non goduto, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato pagato il premio stesso, al netto dell'imposta.

L'assicurazione vale per Persone di età non superiore a 75 anni e cessa per quelle che raggiungono tale limite di età. Qualora l'Assicurato raggiunga il limite di età sopra indicato nel corso dell'annualità assicurativa, le prestazioni assicurative cesseranno alla scadenza annuale del premio, successiva al compimento del 75esimo anno.

Art. 12 - Validità territoriale

L'assicurazione vale nella Repubblica Italiana, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino e per tutti i paesi indicati nella Carta Verde del veicolo assicurato.

Art. 13 - Oneri fiscali

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

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 15 - Foro Competente

L'individuazione del Foro Competente avverrà secondo le norme prevista dalla Legge Italiana, salvo espressa deroga risultante da atto sottoscritto dalle Parti.

Art. 16 - Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Impresa rinuncia ad ogni azione di rivalsa di cui all'art. 1916 Codice Civile per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 17 - Gestione dei rapporti assicurativi via web

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

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

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

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

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

SEZIONE C – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in un capitolo principale (Garanzia Infortuni) che disciplina le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – GARANZIA INFORTUNI

Art. 18 – Oggetto dell'assicurazione

L'Impresa assicura il conducente per gli infortuni subiti esclusivamente in occasione della guida del veicolo identificato nella Scheda di polizza. La garanzia è operante dal momento in cui il conducente sale a bordo del veicolo fino al momento in cui ne è disceso. **All'assicurato conducente viene riconosciuta una somma determinata sulla base del capitale assicurato di € 10.000,00, a seguito di infortunio che comporti la morte o un'invalidità permanente.**

Per quanto riguarda l'invalidità permanente da infortunio, la copertura opera nel limite di € 10.000,00. L'Impresa pagherà un'indennità per le invalidità permanenti di grado superiore al 5% purché non derivanti da infortunio esplicitamente escluso. L'Impresa, alle condizioni previste in polizza, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati in polizza, al verificarsi di un infortunio – anche se dovuto ad imperizia, imprudenza o negligenza gravi, oppure a stato di malore o di incoscienza – che gli Assicurati abbiano a subire nella loro qualità di Conducente del Veicolo identificato in polizza.

Art. 19 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
2. da guerre, azioni di terrorismo ed insurrezioni, scioperi, occupazione militare ed invasione nonché tumulti popolari e calamità naturali (movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, trombe d'aria ed uragani);
3. da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché da atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
4. gli infarti e le ernie non traumatiche;
5. da stato di intossicazione acuta di sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti – farmaci) nonché quelli derivanti da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
6. dall'abuso di psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni nonché da ubriachezza;
7. dalla guida od uso di qualsiasi natante nonché di qualsiasi veicolo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione nonché dalla guida e dall'uso di qualsiasi tipologia di aeromobili, ultraleggeri, deltaplani, parapendii, alianti e simili ed inoltre dalla guida ed uso di mezzi subacquei e salto dal trampolino con idrosci;
8. dalla partecipazione a competizioni sportive, da gare automobilistiche ed alle relative prove e allenamenti;
9. in caso di dolo del Conducente;
10. in occasione di operazioni di carico e scarico nonché in occasione di trasporto non effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della carta di circolazione;
11. durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
12. subiti all'estero durante l'espletamento del servizio militare o del servizio civile sostitutivo dello stesso;
13. da terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;
14. conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortuni.

La presente copertura non opera in relazione agli infortuni patiti dall'Assicurato in qualità di trasportato.

Art. 20 – Prestazioni per il caso di Invalidità Permanente

L'impresa, al verificarsi di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, riconosce, in caso di invalidità permanente, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'infortunio, il pagamento di una percentuale della somma assicurata, proporzionalmente al grado di invalidità permanente accertato.

L'indennizzo per invalidità permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati entro due anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

Nel caso in cui, trascorsi due anni dall'infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, si procederà a liquidare l'indennizzo in via definitiva, secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'Assicurato in quel momento.

L'indennizzo è calcolato con riferimento alla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali riepilogate nella sotto indicata tabella:

Perdita, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	

Anchilosi:	di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
	della scapola omerale con arto in posizione favorevole con immobilità della scapola	25%	20%
	del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono- supinazione libera	20%	15%
	del polso in estensione rettilinea con prono - supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:	del nervo radiale	35%	30%
	del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:			
	al di sopra della metà della coscia	70%	
	al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
	al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita anatomica o funzionale di:			
	un piede	40%	
	ambidue i piedi	100%	
	un alluce	5%	
	un dito del piede diverso dall'alluce	1%	
	falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:	dell'anca in posizione favorevole	35%	
	del ginocchio in estensione	25%	
	della tibio - tarsica ad angolo retto	10%	
	della tibio - tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno:		15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa:		11%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:			
	una vertebra cervicale	12%	
	una vertebra dorsale	5%	
	12esima dorsale	10%	
	una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo:		2%	
Esiti di frattura del sacro:		3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme:		5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:			
	un occhio	25%	
	ambidue gli occhi	100%	
Sordità completa di:	un orecchio	10%	
	ambidue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:	monolaterale	4%	
	bilaterale	10%	
Perdita anatomica di:	un rene	15%	
	della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto

stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, viene considerata invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. Nel caso di perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice, l'indennità è pari alla metà e per la falange di qualsiasi altro dito, pari ad un terzo della percentuale stabilita per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

L'indennità per Invalidità Permanente non è cumulabile con quella per Morte.

Saranno liquidate le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, non rientrano nella valutazione del danno gli aggravamenti di dette condizioni fisiche e patologiche che l'infortunio può aver generato, né il maggior effetto che tali condizioni possono causare alle lesioni prodotte dall'infortunio, in quanto conseguenze indirette e, quindi, non indennizzabili. Se l'Assicurato, al momento dell'infortunio, non è fisicamente sano ed integro, verranno liquidate soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana ed integra.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente sono diminuite tenendo conto dell'invalidità preesistente.

Art. 21 – Franchigia per Invalidità Permanente

La somma assicurata per Invalidità Permanente da infortunio è soggetta, per ciascun sinistro, ad una franchigia assoluta di 5 punti percentuali della totale per i conducenti dei veicoli. Pertanto l'Impresa non liquida alcun indennizzo quando l'Invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale, se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Art. 22 – Prestazioni per il caso Morte e Morte Presunta

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa di verificarsi – anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato (purchè l'infortunio si sia verificato durante il periodo della copertura assicurativa) in parti uguali.

L'indennità per il caso di Morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, entro un anno, a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Impresa liquiderà ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta secondo i termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se a pagamento avvenuto della predetta indennità l'Assicurato risultasse vivo, **l'Impresa avrà diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese.** A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti che eventualmente gli sarebbero spettati per l'evento come accertato, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Art. 23 – Cessazione di rischio per vendita, demolizione, distruzione o esportazione definitiva

Nel caso di cessazione di rischio a causa di vendita, demolizione, distruzione od esportazione definitiva del veicolo, il contratto si intende risolto con rimborso del premio netto pagato e non goduto da parte dell'Impresa, salvo il caso in cui l'assicurato chieda che il contratto sia reso valido per un altro veicolo di sua proprietà.

Nel caso in cui l'Assicurato chieda la summenzionata sostituzione di veicolo, l'Impresa provvederà alla sostituzione della polizza affinché risulti nella Scheda di polizza la targa aggiornata.

SEZIONE D – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

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

Art. 24 – Denuncia del sinistro – Modalità di pagamento – Obblighi dell'assicurato

Il contraente o l'Assicurato al momento della denuncia del sinistro dovranno darne comunicazione scritta all'Impresa.

Per tutti i sinistri il contraente e/o l'assicurato e/o il proprietario deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa componendo 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.

Gli aventi diritto, in caso di Morte dell'Assicurato, debbono darne avviso scritto entro 5 giorni da quando siano venuti a conoscenza dell'evento.

Nel caso di omissione dell'obbligo di avviso di cui sopra, l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, può perdere integralmente o parzialmente il diritto all'indennità.

Art. 25 – Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, l'Impresa, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvederà al pagamento dello stesso.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia. Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero avviene alle seguenti condizioni:

- per le spese sostenute in valute dell'area extra Euro, verrà applicato il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti. **Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

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

800.894149

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039.9890722

La denuncia del sinistro deve essere corredata dei dati e dei seguenti documenti:

- data anagrafici completi del danneggiato;
- indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione della dinamica e delle modalità di accadimento;
- copia della patente di guida del conducente infortunato;
- copia del modello di denuncia del Sinistro RC auto (modello CAI);
- copia integrale del verbale delle eventuali Autorità intervenute;
- certificato medico del primo soccorso;
- copia cartella clinica;
- giustificativi di spese mediche quietanzati.

In caso di morte dell'Assicurato, la denuncia deve essere corredata dei dati e dei seguenti documenti:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la qualifica di eredi dei richiedenti e, in caso di presenza di testamento, copia del testamento pubblicato e non impugnato;
- copia dell'eventuale domanda di dichiarazione di Morte presunta presentata al Tribunale competente.

Il decorso clinico delle lesioni deve essere documentato da ulteriore documentazione medica attestante l'evoluzione dell'Infortunio fino alla guarigione e dalla valutazione dei postumi di invalidità permanente residuati a carico dell'Assicurato, effettuata da medico legale; le spese relative alla predetta documentazione sono a carico dell'Assicurato e non vengono rimborsate dall'Impresa.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire all'impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari; inoltre si impegnano a fornire all'Impresa qualsiasi documentazione comprovante l'evento. In particolare, l'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto, devono acconsentire alla visita dei periti medico legali dell'Impresa ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

La corrispondenza o la documentazione dovrà essere inviata all'Ufficio Sinistri dell'Impresa, all'indirizzo:

**Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Centro Direzionale Colleoni - Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 - AGRATE BRIANZA (MB)
Numero Verde 800-894149 oppure 039-9890722**

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 039/6890432-reclami@nobis.it
Numero Verde 800-894149 oppure 039-9890722

in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

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

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

"Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza. In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria."

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

"Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente."

Art. 1892 - 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. 1897 - Diminuzione del rischio

"Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'impresa, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese."

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 tale obbligo, l'Impresa 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. 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."

INFORMATIVA SI SENSI DEL CAPO II SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016 / 679 (GDPR) AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

1. Titolare del trattamento

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

2. Tipologia di dati raccolti

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

3. Finalità

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

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

4. Modalità di trattamento

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

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

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

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

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

5. Profilazione

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

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

8. Diritti dell'interessato

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

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



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 1 novembre 2019