



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

VALEAS INFORTUNI PIÙ 2018

MODELLO 1006 – AGGIORNAMENTO 01.09.2023

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Base;
 - b) Dip Aggiuntivo;
 - c) Glossario;
 - d) Condizioni di assicurazione;
 - e) Allegato n. 1 – Tabella attività/professioni;
 - f) Allegato n. 2 – Tabella INAIL Industria per la liquidazione dell'indennizzo di invalidità permanente;
 - g) Appendice normativa;
- che devono essere consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894149

NUMERO dall'estero
+39.039.9890722



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

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

Scaricala gratuitamente e accedi con il tuo numero di polizza.

GOOGLE PLAY



APPLE STORE



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

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete, relative al prodotto, sono fornite nel Set informativo e negli specifici:

- Allegati

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") e nel tempo libero ("rischio extraprofessionale"). Il prodotto offre anche – in forma facoltativa – la copertura della diaria giornaliera per ricovero, della indennità giornaliera in caso di gessatura, del rischio HIV, del rimborso spese mediche da infortunio e dell'invalidità permanente che insorga da malattia. Il tutto completato da un'ampia gamma di prestazioni di assistenza messe a disposizione dalla Centrale Operativa dell'Impresa.



CHE COSA È ASSICURATO?

Si riporta una sintesi delle principali coperture previste dal prodotto, fatto salvo la possibilità per il Contraente di sottoscrivere eventuali garanzie facoltative i cui dettagli vengono forniti nelle Condizioni di polizza:

CAPITOLO INFORTUNI

L'assicurazione vale per gli infortuni occorsi dopo la stipula del contratto, che l'Assicurato subisce nello svolgimento:

- delle occupazioni principali e/o secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non professionale, intendendosi per tale anche le prestazioni attinenti alla gestione della casa, inclusi hobby ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura fatta eccezione per quanto previsto dalle esclusioni principali nelle condizioni di assicurazione;
- di attività professionali diverse da quelle dichiarate.

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne dia comunicazione all'Impresa, in caso di infortunio nello svolgimento delle diverse attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta se la diversa attività aggrava il rischio.

✓ **Morte per Infortunio (garanzia base)**

L'Impresa corrisponde, ai beneficiari designati o agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali, il capitale indicato sulla scheda di polizza per il caso morte da infortunio in caso di:

1. infortunio che abbia come conseguenza diretta la morte dell'Assicurato e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, non oltre due anni dal giorno dell'infortunio e siano comunque trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di "morte presunta" come da normativa vigente.
2. scomparsa dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, ed il corpo dell'Assicurato non sia stato ritrovato entro un anno dalla data dell'incidente.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito si abbia la prova dell'esistenza in vita dell'Assicurato, l'Impresa ha il diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese.

✓ **Invalidità permanente da infortunio (garanzia base)**

In caso di infortunio che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma non oltre due anni dalla data dell'infortunio, l'Impresa corrisponde l'indennità, calcolata sulla somma assicurata indicata sulla scheda di polizza, in base al grado di invalidità permanente accertata.

La presente garanzia viene prestata attraverso la scelta da parte dell'Assicurato di una delle due forme di Franchigie previste:

- Franchigia 3%:
 - Fino ai primi 150.000 euro di capitale assicurato viene applicata una franchigia assoluta sul grado di invalidità permanente accertata pari al 3% della totale;
 - Sulla parte di somma assicurata eccedente 150.000 euro e fino a 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 5% della totale;
 - Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 10%.
- Franchigia ridotta:
 - Fino ai primi 150.000 euro di capitale assicurato l'indennizzo verrà liquidato come da tabella all'art. 21.2;
 - Sulla parte di somma assicurata eccedente 150.000 euro e fino a 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 5% della totale;
 - Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 10%.

✓ **Estensioni nel Capitolo "Infortunio" (sempre operanti)**

Sono sempre comprese le seguenti estensioni: i "Colpi di sole e punture di insetti", il "Diabete", le "Ernie traumatiche e da sforzo", gli "Eventi naturali e contatto con corrosivi", gli "Interventi di chirurgia plastica", il "Malore", il "Mancinismo", la "Negligenza grave", la "Perdita anno scolastico", la "Rapina e tentata rapina", il "Raddoppio automatico del capitale per morte contemporanea di entrambi i coniugi", i "Tumulti popolari", il "Rischio guerra" e il "Rischio volo".

✓ **Diaria giornaliera per ricovero (garanzia facoltativa)**

La diaria prescelta, indicata sulla scheda di polizza, viene riconosciuta in caso di ricovero comprovato da Cartella Clinica a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 180 giorni per evento e per anno assicurativo.

✓ **Indennità giornaliera in caso di gessatura (garanzia facoltativa)**

Qualora l'infortunio comporti la gessatura, applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, fino alla rimozione della stessa, l'indennità giornaliera prescelta indicata sulla scheda di polizza verrà liquidata all'Assicurato con un massimo di 30 giorni per ciascun infortunio.

✓ **Inabilità temporanea da infortunio (garanzia facoltativa)**

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 viene calcolato con l'applicazione di una franchigia assoluta pari a 7 (sette) giorni.

La presente garanzia può essere acquistata esclusivamente dagli Assicurati che svolgono attività professionali di classe A o B e che non svolgano attività lavorativa dipendente.

La garanzia non può essere acquistata in abbinamento alla Diaria giornaliera da ricovero, alla Diaria giornaliera in caso di gessatura. L'indennizzo per inabilità temporanea decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato come disposto all'Articolo "Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi" del Capitolo Infortunio, dedotti i giorni di franchigia e viene corrisposto fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità, fermo il limite sopraindicato.

✓ **Rischio HIV (garanzia facoltativa)**

L'assicurazione vale per il rischio di contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza. L'Impresa assicura l'indennizzo indicato in polizza qualora l'Assicurato risulterà sieropositivo, secondo gli accertamenti previsti.

✓ **Rimborso spese mediche da infortunio (garanzia facoltativa)**

In caso di infortunio che abbia per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, l'Impresa rimborsa, entro il limite del massimale prescelto, le spese sostenute dall'Assicurato per gli accertamenti diagnostici, gli onorari dei medici e chirurghi, i diritti di sala operatoria e le rette di degenza.

L'Impresa, fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale stesso, rimborsa inoltre le spese sostenute per 1) le cure in genere, anche termali, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera; 2) i medicinali ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi.

✓ **Immersione con autorespiratore (garanzia facoltativa)**

L'Impresa riconosce, fino alla concorrenza delle somme assicurate, la pratica non professionale delle immersioni con autorespiratore, a condizione che 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 comprese le embolie gassose.

La garanzia è prestata con il limite comunque operante di 200.000 euro per la garanzia "Morte" e "Invalità permanente". Non è operante per la garanzia "Inabilità temporanea". In caso di invalidità permanente la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata applicando una franchigia assoluta del 10%. Pertanto, l'indennizzo sarà dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 10%: in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 10%.

✓ **Rischio guida motoveicoli (garanzia facoltativa)**

Sono inclusi dalla garanzia gli infortuni subiti dalla guida di ciclomotori e motoveicoli di qualsiasi cilindrata.

✓ **Attività sportive (facoltativa)**

Ferme le esclusioni di cui alla Sezione II, il contratto di assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati indicati in polizza subiscono, in qualità di tesserati, durante la partecipazione, a livello dilettantistico, a competizioni - e relative prove e allenamenti - organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni Sportive o Enti similari relative unicamente ai seguenti sport: baseball e softball, calcio, ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, scii in tutte le sue specialità e snowboard.

In caso di invalidità permanente la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata applicando una franchigia assoluta del 5%. Pertanto, l'indennizzo sarà dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 5%: in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%.

✓ **Terremoto ed eventi naturali (garanzia facoltativa)**

A parziale deroga di quando affermato nelle esclusioni principali delle Condizioni di Assicurazione, sono compresi gli infortuni occorsi all'Assicurato a seguito di terremoto, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed alluvioni. La garanzia è operante a condizione che gli eventi indicati 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 250.000 euro; 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%.

✓ **Invalità permanente grave (garanzia facoltativa)**

L'Assicurato scegliendo la presente garanzia sostituisce le franchigie della prestazione "Invalità permanente da infortunio" con le seguenti:

Se il grado di Invalità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 50% della totale, non si dà luogo ad indennizzo. Se invece l'Invalità Permanente risulterà di grado superiore al 50% l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

✓ **Eliminazione franchigia fino a 150.000 euro (garanzia facoltativa)**

La presente opzione è limitata esclusivamente agli assicurati con categorie professionali A e B e che abbiano selezionato la formula con "FRANCHIGIA 3%". Le Franchigie sono sostituite come indicato di seguito:

- Fino ai primi 150.000 euro di capitale assicurato non viene applicata nessuna franchigia sul grado di invalidità permanente accertata;
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 150.000 euro e fino a 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 5% della totale;
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 10%.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Impresa liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di alcuna franchigia.

CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

✓ **Invalità permanente da malattia (garanzia facoltativa)**

L'Impresa indennizza la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica/specifica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro/della propria professione, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente da malattia accertata sia di grado pari o inferiore al 20% della totale.

CAPITOLO ASSISTENZA ALLA PERSONA

✓ **Assistenza (garanzia base)**

L'Impresa si obbliga a fornire assistenza mettendo ad immediata disposizione dell'assicurato, entro i limiti convenuti, un aiuto, in denaro o in natura, nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito fra quelli previsti nel contratto. Le prestazioni rientranti in garanzia sono le seguenti:

1) Consulti medici; 2) Invio medico; 3) Trasporto in ambulanza; 4) Consegna farmaci a domicilio; 5) Rete sanitaria; 6) Gestione dell'appuntamento; 7) Assistenza infermieristica; 8) Trasporto sanitario; 10) Viaggio di un familiare; 11) Interprete a disposizione; 12) Trasporto della salma; 13) Cura dei figli minori di 15 anni; 14) Monitoraggio del ricovero ospedaliero; 15) Custodia degli animali domestici; 16) Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Persone diverse da quelle fisiche che non siano residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano.
- ✗ Non sono mai assicurabili - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute - le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS.
Non risultano assicurabili i soggetti affetti da malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le patologie cerebrali, nonché da disturbi neurodegenerativi e da epilessia. Al verificarsi delle affezioni indicate il contratto di assicurazione cessa.
- ✗ Per le garanzie Infortuni e Assistenza: sono assicurabili le persone che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 75° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite.
- ✗ Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia: sono assicurabili le persone che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 65° anno di età, fermo restando che l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 65° anno.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

! dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

! dalla guida di:

- di qualsiasi tipologia di veicolo, salvo gli autoveicoli che possono essere condotti con la patente B;
- di ciclomotori e motoveicoli di qualsiasi cilindrata, salvo il pagamento di un premio aggiuntivo per la garanzia facoltativa prevista all'art. 28 ("Rischio guida motoveicoli")
- di macchine agricole ed operatrici;
- di natanti a motore di uso non privato;

tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;

! dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della patente di abilitazione;

! dal volo aereo, salvo quello dei viaggi aerei effettuati dall'assicurato in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare ed i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile;

! dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore e attività subacquee, paracadutismo o sport aerei;

! dalla partecipazione a competizioni, ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey;

! da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;

! da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;

! da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;

! da terremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;

! dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;

! da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate riconosciute dal CONI, esercitate da Assicurati di età superiore ai 20 anni;

! da attività di fabbricazione, brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;

! da malattie mentali, disturbi psichici in genere;

! da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;

! dall'intervento delle Forze Armate dello Stato;

! da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;

! sono comunque esclusi la sieropositività da HIV, i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche, le malattie professionali, la NBC, così come definita nel glossario; la pandemia, così come definita nel glossario;

Restano comunque escluse le rendite.

Relativamente alla garanzia Rimborso spese mediche da infortunio:

! è escluso il rimborso in caso di spese di natura alberghiera.

Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia:

! è esclusa dal presente contratto ogni responsabilità derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualsiasi forma o misura asbesto.

! sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti la perdita o la diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ Le garanzie “Infortuni” e “Invalidità permanente da malattia” valgono per i danni che avvengono nel mondo intero. Tuttavia, la valutazione dell’infortunio e/o la valutazione dell’invalidità permanente da malattia e la eventuale corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta Euro.
- ✓ La garanzia Assistenza alla persona vale per il mondo interno, salvo quanto diversamente specificato in ciascuna prestazione.

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 (aggravamento o diminuzione) 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?

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

Il contratto di assicurazione ha validità annuale e alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata AR o p.e.c. 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 o p.e.c. entro 30 giorni (o quanto diversamente esplicitato nella appendice di polizza) dalla scadenza annuale contrattualmente prevista.

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

ASSICURAZIONE INFORTUNI

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Valeas Infortuni Più 2018

Versione n. 2 di Settembre 2023 (ultimo disponibile)

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

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

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

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

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

Esercizio 2022

Bilancio approvato il 28/04/2023

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 107.123.237 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 68.007.466.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 179,69% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 399,31% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

Si richiama quanto indicato nella relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito istituzionale attraverso il seguente collegamento <https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/>

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 **Invalità Permanente da Infortunio** non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Base Valeas Infortuni Più 2018. L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Estensioni della garanzia Infortuni

Colpi di sole e punture di insetti

La garanzia è estesa alle conseguenze dei colpi di sole e di calore nonché punture di insetti, morsi di animali e rettili.

Diabete

La garanzia è operante anche nei confronti di persone affette da diabete.

Ernie traumatiche da sforzo

La garanzia è estesa alle ernie traumatiche da sforzo restando convenuto che:

- Qualora l'ernia risulti operabile verrà corrisposta, se prevista, la sola indennità giornaliera di ricovero, fino ad un massimo di 30 giorni;
- Qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà per la stessa riconosciuto un grado percentuale di invalidità non superiore al 10%;
- Qualora insorga contestazione in ordine alla natura e/o all'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico.

Eventi Naturali e contatto con corrosivi

La copertura è estesa agli infortuni causati da fulmine, grandine e tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi, nonché l'asfissia involontaria per subitanea e violenta fuga di gas e vapori.

Interventi di chirurgia plastica

La garanzia è estesa agli infortuni, purchè rientranti nelle garanzie di polizza e che non comportino alcun riconoscimento di invalidità permanente, che hanno conseguenze di carattere estetico.

L'Impresa rimborsa nel limite di 5.000 euro per evento, le spese documentate per interventi di chirurgia plastica o stamatori ricostruttiva resi necessari per ridurre o eliminare il danno.

Malore

La garanzia è estesa agli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza non dovuto a condizione preesistente.

Mancinismo

Se l'Assicurato è mancino il grado dell'invalidità per il lato destro è applicato al lato sinistro e viceversa.

Negligenza grave

La garanzia è estesa agli infortuni sofferti per imprudenza e/o negligenza grave dell'Assicurato, ingestione accidentale e/o assorbimento di sostanze nocive nonché annegamento accidentale.

Perdita anno scolastico

Qualora l'Assicurato, di età inferiore a 20 anni e che frequenti scuole di istruzione primaria o secondaria, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza sia impossibilitato alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle vigenti disposizioni in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, l'Impresa corrisponderà un importo equivalente al 2% della somma assicurata per la garanzia invalidità permanente, fermo l'indennizzo massimo pari a 5.000 euro per anno scolastico e fermo il massimale prescelto. E' condizione di operatività della presente estensione l'accertamento di un grado di invalidità permanente pari o superiore al 15%. Il pagamento dell'indennità verrà effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica, dalla quale risulti che lo studente è regolarmente iscritto e che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

Rapina e tentata rapina

La garanzia è estesa agli infortuni sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona. Nei casi di morte e di invalidità permanente di grado superiore al 70% - conseguenti ad un reato di rapina o tentata o consumata nei confronti dell'Assicurato - l'Impresa aumenterà il capitale assicurato del 50% con limite massimo di 750.000 euro complessivi.

Raddoppio automatico del capitale per morte contemporanea di entrambi i coniugi

Qualora lo stesso evento provochi oltre la morte dell'Assicurato anche quella del coniuge, l'indennizzo spettante ai figli minori beneficiari dell'Assicurazione verrà raddoppiato con il massimo di 750.000 euro complessivi. Sono equiparati ai figli minori anche i figli in affidamento permanente.

Tumulti popolari

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purchè l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria.

Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 13 lett. q) il contratto di assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra, dichiarata o non, o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi, e sia impossibilitato ad abbandonare il paese stesso - mentre si trova al di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano - a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

Rischio volo

Il contratto di assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisce durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli da chiunque esercitati.

La presente estensione è operante a condizione che la somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non superi i seguenti importi:

- 750.000 euro per il caso morte;
- 750.000 euro per il caso invalidità permanente totale;

e complessivamente per ciascun aereo mobile:

- 2.000.000 euro per il caso morte;
- 2.000.000 euro per il caso invalidità permanente totale.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Il viaggio aereo s'intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aereo mobile e si considera concluso nel momento in cui è sceso dal medesimo.

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. Resta a carico dell'assicurato il solo costo del farmaco. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno.

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 relativa a: Singole strutture convenzionate e loro ubicazione, Prestazioni specialistiche, Nominativo dei singoli medici, Ricoveri, Onorari e tariffe convenzionate.

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.

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 60 euro al giorno e fino a 3 giorni consecutivi.

Trasporto sanitario

Il Servizio Medico della Centrale Operativa in seguito a infortunio o malattia improvvisa dell'assicurato occorsi all'estero, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale e, se necessario/possibile con quello di famiglia, ne organizzerà il trasporto sanitario. In base alla gravità del caso, l'assicurato sarà trasportato nell'Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla Sua residenza. Ad insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto Sanitario sarà organizzato con i seguenti mezzi: aereo sanitario; aereo di linea; vagone letto; cuccetta di 1° classe; autoambulanza; altri mezzi ritenuti idonei. Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto sarà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa. Il trasporto sanitario da paesi extraeuropei sarà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Tutti i costi di organizzazione e trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto, sono a carico dell'Impresa.

Viaggio di un familiare

Se l'assicurato si trova all'estero e viene ricoverato d'urgenza a seguito di malattia o infortunio e i medici ritengono che non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Centrale Operativa organizza e prende in carico il viaggio andata e ritorno per un familiare residente in Italia, per recarsi presso l'assicurato ricoverato. La Centrale Operativa terrà inoltre a proprio carico le spese di pernottamento del familiare fino ad un ammontare di 80 euro al giorno e per un massimo di 3 giorni.

Interprete a disposizione

Se l'assicurato viene ricoverato all'estero a seguito di infortunio o malattia e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la Centrale Operativa provvede ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di 250 euro.

Trasporto della salma

In caso di decesso all'estero dell'assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto delle spoglie nel posto di inumazione del corpo in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia, rimanendo a carico dei familiari le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione. L'Impresa tiene a proprio carico le relative spese nel limite di 2.600 euro per sinistro, indipendentemente dal numero degli assicurati coinvolti. Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasporto della salma in Italia o l'assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa provvede in tal senso mettendo a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe turistica) o in treno (1° classe) per presenziare alle esequie. Il costo del biglietto è a carico dell'Impresa.

Cura dei figli minori di 15 anni

Quando l'assicurato, in seguito a ricovero ospedaliero per malattia o infortunio superiore a 3 giorni, sia oggettivamente impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni durante il periodo di ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, l'Impresa provvede ad inviargli a domicilio una baby-sitter tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo complessivo di 500 euro per evento.

Tale massimale si conviene elevato a 1.000 euro in caso di ricovero superiore a 10 giorni. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, l'Impresa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'assicurato, in conformità al massimale suindicato, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla privacy Regolamento UE 2016/679.

Assistenza	<p>Custodia degli animali domestici Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero di almeno sette giorni in Istituto di Cura, come da foglio di dimissioni, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimo di 200 euro (Iva inclusa) complessivi per sinistro e per periodo di assicurazione. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.</p> <p>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 sette giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante, 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. La prestazione viene fornita 24 ore su 24. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.</p>
-------------------	---

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Valeas Infortuni Più 2018.
---------------------------	--

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Diaria giornaliera per ricovero	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Indennità giornaliera in caso di gessatura	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Inabilità temporanea da infortunio	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Eliminazione franchigia fino a 150.000 euro	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Rischio HIV	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Rimborso spese mediche da infortunio	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Invalidità permanente da malattia	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Immersione con autorespiratore	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Esclusione rischio guida motoveicoli	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Attività sportive	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Terremoto ed eventi naturali	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
Invalidità permanente grave	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi	I rischi esclusi sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
-----------------------	---



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le esclusioni, valide per tutte le garanzie, sono già state elencate nel DIP Base.

Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni specifiche per ciascuna garanzia.

Garanzia Infortuni	L'assicurazione si può limitare: A. ai soli infortuni avvenuti nell'ambito delle attività legate alla vita privata (Rischio Extraprofessionale); B. ai soli infortuni avvenuti nell'ambito dell'attività professionale dichiarata in polizza (Rischio Professionale): in tal caso, l'assicurazione è prestata in base a quanto dichiarato dall'Assicurato sull'attività da questi svolta. Sono comunque esclusi tutti gli infortuni verificatisi in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. S'intendono compresi in copertura gli infortuni subiti durante il percorso compiuto dall'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (c.d. rischio in itinere).
Morte per infortunio	L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.
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 della garanzia infortuni	Colpi di sole e punture di insetti È esclusa dalla prestazione la malaria. Diabete Sono escluse dal contratto di assicurazione le conseguenze del diabete. Ernie traumatiche da sforzo Sono escluse le ernie manifestatesi prima della stipula del contratto di assicurazione. Rapina e tentata rapina La presente estensione non si cumula con quella di morte contemporanea dei genitori/coniugi prevista dall'estensione "Raddoppio automatico del capitale per morte contemporanea di entrambi i coniugi". Rischio guerra La presente estensione non opera per gli infortuni aereonautici. Rischio volo Il contratto di assicurazione non comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero su velivoli esercitati da: - Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; - Aereoclubs.
Diaria giornaliera per ricovero	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Indennità giornaliera in caso di gessatura	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Rischio HIV	Non sono assicurabili le persone già affette da emofilia e le persone già portatrici del virus HIV al momento della stipula del contratto. Parimenti non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.
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	Trasporto sanitario Sono esclusi i trasporti sanitari rientranti nel bacino del Mediterraneo. Trasporto della salma Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca e l'eventuale recupero della salma.
Eliminazione franchigia fino a 150.000 euro	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Immersione con autorespiratore	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Esclusione rischio guida motoveicoli	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Attività sportive	La presente estensione non è operante per la garanzia Inabilità temporanea.
Terremoto ed eventi naturali	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Invalidità permanente grave	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.
Inabilità temporanea da infortunio	I limiti di copertura sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.

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? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>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.</p> <p>La corrispondenza o la documentazione andrà inviata:</p> <p>- via posta raccomandata A/R:</p> <p style="text-align: center;">Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Ufficio Sinistri Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Colleoni – 20864 AGRATE BRIANZA (MB)</p> <p>- via p.e.c.:</p> <p style="text-align: center;">nobisassicurazioni@pec.it;</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: si specifica che il contratto prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.</p>
	<p>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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il contraente/assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti in sede di preventivazione e le confermi con la sottoscrizione del contratto, o ometta di comunicare all'impresa ogni variazione significativa, tali circostanze potrebbero pregiudicare in forma totale o parziale il pagamento del danno (indennizzo) da parte dell'Impresa.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignorati o ipotecari.</p>



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	<p>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%.</p> <p>L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.</p> <p>Il premio è comprensivo di imposta.</p>
Rimborso	<p>Non è prevista la facoltà di rimborso del premio.</p>



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	<p>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.</p> <p>Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. 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.</p> <p>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.</p> <p><u>Per l'estensione "Ernie traumatiche e da sforzo" sono previsti I seguenti termini di carenza:</u> La copertura assicurativa ha effetto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia. Qualora, per sostituzione o altra variazione di polizza emessa dall'Impresa, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra eguale copertura, il termine di 180 giorni di cui sopra decorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalla data di decorrenza della precedente copertura per le somme e le prestazioni dalla stessa già previsti; - Dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa assicurata. <p><u>Per la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" sono previsti I seguenti termini di carenza:</u> La garanzia decorre dal 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa con l'Impresa riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima previsti; - dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previsti; <p>Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:</p> <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	<p>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.</p>



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alle persone fisiche che non abbiano ancora compiuto i 75 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 40,27%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,60% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 42,19%.

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, 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni dal reclamo.
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	- Qualora si verificano divergenze sul grado di invalidità permanente e/o sull'ammontare dell'indennizzo del sinistro, le Parti possono rivolgersi ad un Collegio di tre medici, fermo restando il diritto degli stessi a rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria.

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.

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 – Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione	2
Art. 4 – Modifiche dell'assicurazione	2
Art. 5 – Aggravamento del rischio	2
Art. 6 – Diminuzione del rischio	2
Art. 7 – Obblighi in caso di sinistro	2
Art. 8 – Recesso in caso di sinistro	2
Art. 9 – Durata del contratto– proroga del contratto	2
Art. 10 – Oneri fiscali	2
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione	2
Art. 12 – Rinvio alle norme di legge	2
Art. 13 – Esclusioni generali	3
Art. 14 – Persone assicurabili	3
Art. 14 Bis – limiti di età e cessazione dell'assicurazione	3
Art. 15 – Persone non assicurabili	4
Art. 16 – Capitali assicurabili	4
SEZIONE C – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	5
CAPITOLO 1 – GARANZIA INFORTUNI	5
Art. 17 – Oggetto dell'assicurazione	5
Art. 18 – Sospensione del contratto	7
Art. 19 – Validità territoriale	7
Art. 20 – Morte per infortunio (garanzia base)	7
Art. 21 – Invalidità permanente da infortunio (garanzia base)	7
Art. 22 – Diaria giornaliera per ricovero (garanzia facoltativa) Indennità giornaliera in caso di gessatura (garanzia facoltativa) (Garanzie acquistabili anche separatamente)	8
Art. 23 – Inabilità temporanea da infortunio (garanzia facoltativa)	8
Art. 24 – Presentazione della documentazione sanitaria	9
Art. 25 – Rischio H.I.V. (Garanzia facoltativa)	9
Art. 26 – Rimborso spese mediche da infortunio (garanzia facoltativa)	9
Art. 27 – Immersioni con autorespiratore (garanzia facoltativa)	9
Art. 28 – Rischio guida motoveicoli (garanzia facoltativa)	9
Art. 29 – Attività sportive (garanzia facoltativa)	9
Art. 30 – Terremoto ed eventi naturali (garanzia facoltativa)	10
Art. 31 – Invalidità permanente grave (garanzia facoltativa)	10
Art. 32 – Eliminazione franchigia fino a 150.000 Euro (garanzia facoltativa)	10
Art. 33 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi	10
Art. 34 – Criteri di indennizzabilità	10
Art. 35 – Pagamento dell'indennizzo	10
Art. 36 – Anticipi su indennizzi	10
Art. 37 – Validità dell'assicurazione indipendentemente da ogni obbligo di legge	11
Art. 38 – Controversie	11
CAPITOLO 2 – GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (garanzia facoltativa)	11
Art. 39 – Oggetto dell'assicurazione: I.P.M. “Generica”	11
Art. 40 – Criteri di valutazione	12
Art. 41 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa	12
Art. 42 – Validità territoriale	12
Art. 43 – Cessazione dell'assicurazione	13
Art. 44 – Obblighi dell'assicurato	13
Art. 45 – Criteri di liquidazione	13
CAPITOLO 3 – GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA (garanzia base)	13
Art. 46 – Prestazioni di assistenza	13
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO	16
Art. 47 – Cosa fare in caso di sinistro	16
ALLEGATO 1	17
ALLEGATO 2	23
APPENDICE NORMATIVA	25
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016 / 679 (GDPR)	26

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 assicurativi utilizzati nel presente contratto, nonché quei termini che all'interno della polizza assumono un significato specifico. Quando i termini di cui alla presente Sezione sono riportati all'interno della polizza, indipendentemente dal carattere grafico adottato, essi assumono sempre il significato di seguito indicato.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Atto Di Terrorismo: per atto di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciato o applicato per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione o organizzazioni, un governo o governi con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa;

Beneficiario: gli eredi naturali ovvero la persona o le persone designate in polizza quali titolari del diritto all'indennizzo in caso di morte dell'assicurato;

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

Contaminazione: per contaminazione si intende l'inquinamento, l'avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche;

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;

Gessatura: applicazione di apparecchio gessato, mezzo di contenimento o tutore che abbia le seguenti caratteristiche: rigidità, immobilizzazione di una o più articolazioni, rimovibilità solo mediante demolizione o asportazione da parte di Sanitari;

Inabilità Temporanea: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle proprie attività principali e secondarie dichiarate in polizza;

Indennizzo: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea;

Invalidità Permanente: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo / le attività della vita quotidiana, indipendentemente dalla professione svolta;

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

Istituto Di Cura: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38;

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

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

Malattia Professionale: patologia contemplata dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successivi aggiornamenti;

Malformazione - Difetto Fisico: alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;

N.B.C.: contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;

Pandemia: patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tali da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;

Premio: la somma dovuta all'Impresa;

Rendita: somma di denaro costituente l'indennizzo corrisposta periodicamente e ricorrentemente dall'Impresa al Beneficiario di polizza (in sostituzione dell'erogazione sotto forma di capitale);

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura - pubblico o privato - regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

Sinistro: il fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Trattamenti Fisioterapici: terapia fisica, manuale e/o strumentale, che si applica nel percorso di riabilitazione conseguente a malattia o infortunio che abbiano prodotto lesioni obiettivamente constatabili;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



* S'invitano gli Assicurati a leggere con particolare attenzione le norme sottolineate, che rappresentano gli aspetti contrattuali più importanti, e quelle evidenziate in grassetto, che rappresentano le esclusioni e le limitazioni contrattualmente operanti.

SEZIONE B – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione Valeas Infortuni Più 2018 Mod. 1006 ed. 2023-09

Ultimo aggiornamento 01/09/2023

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

L'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato rese al momento della sottoscrizione del contratto (es: età, attività svolta, stato di salute). Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o Assicurato relative alle precitate 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 Cod. Civ.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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 l'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, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ. I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o all'Impresa.

Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente 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 (art. 1898 Cod.Civ.).**

Art. 6 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso (art. 1898 Cod. Civ.).

Art. 7 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato, o gli aventi diritto, deve darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 Cod. Civ.

L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Cod. Civ.

Art. 8 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Impresa o il contraente possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso. Il recesso può essere esercitato dalle parti contraenti anche riguardo alla sola persona infortunata nel caso siano assicurate più persone, con conseguente riduzione del premio dalla prima scadenza successiva al recesso stesso. Ove il recesso parziale venga esercitato dall'Impresa, questa rimborserà la quota parte di premio per il periodo di rischio non corso con riferimento alla sola persona infortunata.

Questa norma non si applica sulla garanzia Invalidità Permanente da Malattia (I.P.M.).

Art. 9 – DURATA DEL CONTRATTO- PROROGA DEL CONTRATTO

Il contratto ha durata di un anno.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR spedita alla controparte almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione – di durata non inferiore ad un anno – è prorogata di un anno e così di anno in anno.

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art. 11 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi di diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 Cod. Civ., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 13 – ESCLUSIONI GENERALI

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - b) dalla guida:
 - o di qualsiasi tipologia di veicolo, salvo gli autoveicoli che possono essere condotti con la patente B;
 - o di ciclomotori e motoveicoli di qualsiasi cilindrata, salvo il pagamento del premio aggiuntivo per la garanzia facoltativa prevista all'art. 28 ("Rischio guida motoveicoli");
 - o di macchine agricole ed operatrici;
 - o di natanti a motore di uso non privato;
- tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della patente di abilitazione;
 - d) dal volo aereo, salvo quello dei viaggi aerei effettuati dall'assicurato in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare ed i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile;
 - e) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore e attività subacquee, paracadutismo o sport aerei in genere;
 - f) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey, salvo che esse abbiano carattere puramente ricreativo;
 - g) da abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco), nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
 - h) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;
 - i) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
 - j) da terremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;
 - k) dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;
 - l) da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate riconosciute dal CONI, esercitate da Assicurati di età superiore ai 20 anni;
 - m) da attività di fabbricazione, da attività di brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;
 - n) da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
 - o) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - p) dall'intervento - comunque inteso - delle Forze Armate dello Stato;
 - q) da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;
 - r) sono comunque esclusi :
 - o la sieropositività da HIV;
 - o i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - o le malattie professionali;
 - o la NBC, così come definita nel glossario;
 - o la pandemia, così come definita nel glossario;

Restano comunque escluse le rendite, così come definite nel glossario.

relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia:

- s) È esclusa dal contratto ogni responsabilità, di qualsiasi natura e comunque causata, direttamente o indirettamente derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualsiasi forma o misura asbesto.

Resta inteso che, qualora il Contraente stipuli la copertura Infortuni limitando il rischio secondo i termini dettagliati dalla formula "Rischio Extraprofessionale" o "Rischio Professionale" (vedi art. 17, lett. A e B) ma svolga in realtà un'attività libero professionale, la garanzia non sarà ritenuta in nessun caso operante.

Art. 14 – PERSONE ASSICURABILI

Con il contratto sono assicurabili le persone fisiche, a condizione che le stesse siano residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano.

Art. 14 bis – LIMITI DI ETÀ E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

- Per le garanzie Infortuni e Assistenza: sono assicurabili le persone che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 75° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite.
- Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia: sono assicurabili le persone che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 65° anno di età, fermo restando che l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 65° anno.

Art. 15 - PERSONE NON ASSICURABILI

Ai sensi del contratto non sono mai assicurabili - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute - le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS.

Parimenti, non risultano assicurabili i soggetti affetti da malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le patologie cerebrali, nonché da disturbi neurodegenerativi e da epilessia.

Di conseguenza il contratto di assicurazione cessa al manifestarsi delle affezioni indicate nei capoversi precedenti.

Art. 16 - CAPITALI ASSICURABILI

I capitali assicurati dovranno risultare dalla scheda di polizza.

Resta fermo il disposto di cui al terz'ultimo comma del successivo art. 21 del contratto.

SEZIONE C – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 3 capitoli (*Infortuni – Invalidità permanente da malattia– Assistenza alla persona*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – GARANZIA INFORTUNI

Art. 17 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni occorsi dopo la stipula del contratto, che l'Assicurato subisce nello svolgimento:

- delle occupazioni principali o secondarie, ove dichiarate;
- di ogni altra attività non professionale, comprese le prestazioni attinenti alla gestione della casa, inclusi gli hobby ed i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura fatta eccezione per quanto previsto dall'art. 13;
- di attività professionali diverse da quelle dichiarate. A tale proposito, fermo quanto disposto dagli artt. 1, 5, 6, 13, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne dia comunicazione all'Impresa, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:
 - l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
 - l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:

Tabella delle percentuali di indennizzo				
Attività dichiarata				
CLASSE	A	B	C	D
A	100	100	100	100
B	85	100	100	100
C	70	85	100	100
D	55	70	85	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività" (allegato n.1) dove sono indicati i corrispondenti indici di rischio. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

L'assicurazione si può limitare:

- A. ai soli infortuni avvenuti nell'ambito delle attività legate alla vita privata (Rischio Extraprofessionale).
- B. ai soli infortuni avvenuti nell'ambito dell'attività professionale dichiarata in polizza (Rischio Professionale): in tal caso, l'assicurazione è prestata in base a quanto dichiarato dall'Assicurato sull'attività da questi svolta. **Sono comunque esclusi tutti gli infortuni verificatisi in circostanze tali da farli rientrare nella sfera di competenza dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.**

S'intendono compresi in copertura gli infortuni subiti durante il percorso compiuto dall'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa (c.d. rischio in itinere).

Sono da ritenersi sempre incluse le seguenti ESTENSIONI:

Art. 17.1 – COLPI DI SOLE E PUNTURE DI INSETTI

La garanzia è estesa alle conseguenze dei colpi di sole e di calore nonché di punture di insetti (**esclusa la malaria**), morsi di animali e rettili.

Art. 17.2 – DIABETE

La garanzia è operante anche nei confronti di persone affette da diabete, **fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le relative conseguenze**. Pertanto in caso di infortunio l'Impresa corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'art. 16 del contratto.

Art. 17.3 – ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO

La garanzia è estesa alle ernie traumatiche o da sforzo. L'Impresa propone e l'Assicurato accetta che:

- **sono escluse le ernie manifestatesi prima della stipula del contratto;**
- **la copertura assicurativa ha effetto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- **qualora l'ernia risulti operabile verrà corrisposta, se prevista, la sola indennità giornaliera di ricovero, fino ad un massimo di 30 giorni;**
- **qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà per la stessa riconosciuto un grado percentuale di invalidità non superiore al 10% (dieci per cento);**
- **qualora insorga contestazione in ordine alla natura e/o alla operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 38;**
- **qualora, per sostituzione o altra variazione di polizza emessa dall'Impresa, la presente copertura subentri – senza soluzione di continuità – ad altra eguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:**
 - **dalla data di decorrenza della precedente copertura per le somme e le prestazioni dalla stessa già previsti;**
 - **dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da essa assicurata.**

Art. 17.4 – EVENTI NATURALI E CONTATTO CON CORROSIVI

La garanzia è estesa agli infortuni causati da fulmine, grandine e tempeste di vento, scariche elettriche o da improvviso contatto con corrosivi, nonché l'asfissia involontaria per subitanea e violenta fuga di gas e vapori.

Art. 17.5 – INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA

La garanzia è estesa agli infortuni, purché rientranti nelle garanzie di polizza e che non comportino alcun riconoscimento di invalidità permanente, che hanno conseguenze di carattere estetico. L'Impresa rimborsa, nel limite di 5.000 euro per evento, le spese documentate per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari per ridurre o eliminare il danno.

Art. 17.6 – MALORE

La garanzia è estesa agli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza **non dovuto a condizione patologica preesistente.**

Art. 17.7 – MANCINISMO

Se l'Assicurato è mancino il grado dell'invalidità per il lato destro è applicato al lato sinistro e viceversa.

Art. 17.8 – NEGLIGENZA GRAVE

La garanzia è estesa agli infortuni sofferti per imprudenza e/o negligenza grave dell'Assicurato, ingestione accidentale e/o assorbimento di sostanze nocive nonché annegamento accidentale.

Art. 17.9 – PERDITA ANNO SCOLASTICO

Qualora l'Assicurato, di età inferiore o pari a 20 anni e che frequenti scuole di istruzione primaria o secondaria, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza sia impossibilitato alla frequenza delle lezioni per un periodo che determini legalmente la perdita dell'anno scolastico, **l'Impresa corrisponderà un importo equivalente al 2% della somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente. La presente garanzia opererà con il limite dell'indennizzo massimo pari a 5.000 euro per anno scolastico e fermo il massimale prescelto.**

La presente Estensione opera a condizione che sia accertato un grado di Invalidità Permanente pari o superiore al 15%. Il pagamento dell'indennità verrà effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica, dalla quale risulti che lo studente è regolarmente iscritto e che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

Art. 17.10 – RAPINA E TENTATA RAPINA

La garanzia è estesa agli infortuni sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona. Nei casi di morte e di invalidità permanente di grado superiore al 70% – conseguenti ad un reato di rapina tentata o consumata nei confronti dell'Assicurato – l'Impresa aumenterà il capitale assicurato del 50% con limite massimo di 750.000 euro complessivi. **La presente estensione di garanzia non si cumula con quella di morte contemporanea dei genitori / coniugi prevista dal "Raddoppio automatico del capitale per morte contemporanea di entrambi i coniugi" di cui al successivo paragrafo.**

Art. 17.11 – RADDOPPIO AUTOMATICO DEL CAPITALE PER MORTE CONTEMPORANEA DI ENTRAMBI I CONIUGI

Qualora lo stesso evento provochi oltre alla morte dell'Assicurato anche quella del coniuge, l'indennizzo spettante ai figli minori beneficiari dell'Assicurazione verrà raddoppiato con il massimo di 750.000 euro complessivi. Sono equiparati ai figli minori anche i minori in affidamento permanente.

Art. 17.12 – TUMULTI POPOLARI

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, **purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria.**

Art. 17.13 – RISCHIO DI GUERRA

A parziale deroga dell'art. 13 lett. q), l'assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata o non) o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi al di fuori del territorio italiano e sia impossibilitato ad abbandonare il paese stesso. La copertura opera a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva agli eventi poc'anzi menzionati.

La presente estensione non opera per gli infortuni aeronautici.

Art. 17.14 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisce durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli da chiunque esercitati, **tranne che:**

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclubs.

La presente estensione di garanzia è operante a condizione che la somma delle garanzie di cui alla presente polizza ed eventuali altre stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non superi i seguenti importi:

- 750.000 euro per il caso morte;
 - 750.000 euro per il caso d'invalidità permanente totale;
- e complessivamente per ciascun aeromobile:**
- 2.000.000 euro per il caso morte;
 - 2.000.000 euro per il caso di invalidità permanente totale;

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui è sceso dal medesimo.

Art. 18 – SOSPENSIONE DEL CONTRATTO

Non è ammessa la sospensione del contratto

Art. 19 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero. Tuttavia la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta euro.

PRESTAZIONI E LIMITI DELLE GARANZIE

Art. 20 – MORTE PER INFORTUNIO (garanzia base)

In caso di:

1. infortunio che abbia come conseguenza diretta la morte dell'Assicurato e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, non oltre due anni dal giorno dell'infortunio;
2. scomparsa dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, ed il corpo dell'Assicurato non sia stato ritrovato entro un anno dalla data dell'incidente e siano comunque trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di "morte presunta" a termini degli artt. 60 e 62 Cod. Civ.

L'Impresa corrisponde, ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali, il capitale indicato in polizza per il caso morte da infortunio.

Quando è stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito si ha prova dell'esistenza in vita dell'Assicurato, l'Impresa ha diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese. L'Assicurato stesso, a restituzione avvenuta, può far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente da infortunio ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli eredi testamentari o legittimi non sono tenuti a rimborsare quanto eventualmente percepito in più ma hanno diritto a percepire la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato dall'Impresa per invalidità permanente.

Art. 21 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO (garanzia base)

In caso di infortunio (verificatosi nel periodo di validità della copertura assicurativa) che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma non oltre due anni dalla data dell'infortunio, l'Impresa corrisponde l'indennità, calcolata sulla somma assicurata, in base al grado di invalidità permanente accertata.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla **Tabella INAIL - D.P.R. 30/06/1965, n.1.124 -** e successive modificazioni. Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Se, al momento dell'evento, 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. In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Sono previste tre forme di garanzia, alternative tra loro, così come meglio dettagliate ai successivi artt. 21.1 e 21.2 e 32.

Art. 21.1 – FORMA CON FRANCHIGIA 3%

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente da infortunio viene effettuata con le seguenti modalità:

- Fino ai primi 150.000 euro di capitale assicurato viene applicata una **franchigia assoluta sul grado di invalidità permanente accertata pari al 3% della totale;**
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 150.000 euro e fino a 300.000 euro: viene applicata una **franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 5% della totale;**
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 euro: viene applicata una **franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 10%.**

Art. 21.2 – FORMA CON FRANCHIGIA RIDOTTA

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente da infortunio viene effettuata con le seguenti modalità:

- Fino ai primi 150.000 euro di capitale assicurato l'indennizzo verrà liquidato come da tabella;

GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	indennizzo su somma assicurata fino a € 150.000
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,8
5	2,5
6	3,5
7	4,5
8	6
9	8,3

GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE ACCERTATA	indennizzo su somma assicurata fino a € 150.000
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42

10	10	43	43
11	11	44	44
12	12	45	45
13	13	46	46
14	14	47	47
15	15	48	48
16	16	49	49
17	17	50	50
18	18	51	51
19	19	52	52
20	20	53	53
21	21	54	54
22	22	55	55
23	23	56	56
24	24	57	57
25	25	58	58
26	26	59	59
27	27	62	62
28	28	61	61
29	29	62	62
30	30	63	63
31	31	64	64
32	32		
33	33		
		DA 65 A 100	100

- Sulla parte di somma assicurata eccedente 150.000 euro e fino a 300.000 euro: viene applicata una **franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 5% della totale;**
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 euro: viene applicata una **franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 10%.**

Resta inteso, indipendentemente dalla formula prescelta, come sia condizione necessaria alla stipula di questo contratto, la scelta da parte dell'assicurato di un capitale assicurato per la garanzia "Morte per infortunio" pari ad almeno il 50% del capitale assicurato per la garanzia "Invalidità permanente da infortunio".

Per grado di invalidità superiore o uguale al 65% l'indennizzo sarà del 100%.

**Art. 22 - DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO (garanzia facoltativa)
INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI GESSATURA (garanzia facoltativa)
(garanzie acquistabili anche separatamente)**

1) Diaria giornaliera da ricovero

La diaria prescelta viene riconosciuta in caso di ricovero comprovato da Cartella Clinica a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 180 giorni per evento e per anno assicurativo.

Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati, ai fini della liquidazione, come un unico giorno.

2) Indennità giornaliera in caso di gessatura

Qualora l'infortunio comporti la gessatura, così come definita nel glossario, applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, fino alla rimozione della stessa, l'indennità giornaliera prescelta verrà liquidata all'Assicurato con un massimo di 30 giorni per ciascun infortunio.

Art. 23 - INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO (garanzia facoltativa)

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. 33 "Denuncia dell'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.

Franchigia su Inabilità Temporanea

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene calcolato con l'applicazione di una franchigia assoluta pari a 7 (sette) giorni.

La presente garanzia può essere acquistata esclusivamente dagli Assicurati che svolgono attività professionali di classe A o B e che non svolgono attività lavorativa dipendente.

La garanzia non può essere acquistata in abbinamento alla Diaria giornaliera da ricovero, alla Diaria giornaliera in caso di gessatura.

Art. 24 - PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il decorso delle lesioni deve essere documentato senza soluzione di continuità da certificati medici fino a guarigione avvenuta; tali certificati devono essere trasmessi all'Impresa. **Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore.**

Art. 25 - RISCHIO H.I.V. (garanzia facoltativa)

1) Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il rischio di contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza. L'Impresa assicura l'indennizzo indicato in polizza qualora l'Assicurato risulterà sieropositivo, secondo gli accertamenti previsti e disposti al punto 2).

2) Denuncia di sinistro ed obblighi relativi - Criteri di indennizzabilità

L'Assicurato che presume di essere stato contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve entro 5 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto darne avviso all'Intermediario o all'Impresa. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata A/R all'Impresa una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro 7 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato sia già sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa ed il premio diminuirà proporzionalmente a partire dalla scadenza successiva. Se il primo test immunologico fornisce un risultato negativo l'Assicurato decorsi 60 giorni da primo test ed entro i 180 giorni successivi, deve sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è diventato sieropositivo, l'Impresa liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione. Tutte le spese mediche relative ai test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dall'Impresa fino ad un massimo di 5.000 euro per persona e per anno.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza dal beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

3) Liquidazione

L'Impresa, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente punto 2, corrisponde l'indennizzo pattuito.

4) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone già affette da emofilia e le persone già portatrici del virus H.I.V. al momento della stipula del contratto. Parimenti non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.

Art. 26 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (garanzia facoltativa)

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che ha per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, l'Impresa rimborsa, entro il limite del massimale prescelto, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari dei medici e chirurghi;
- i diritti di sala operatoria;
- le rette di degenza.

L'Impresa, fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale stesso, rimborsa inoltre le spese sostenute per:

- le cure in genere, anche termali, **con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera;**
- i medicinali ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi.

L'Impresa effettua il rimborso agli aventi diritto dietro presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure terminate, con l'intesa che per le spese sostenute all'estero il rimborso verrà effettuato in Italia, con valuta in euro.

Art. 27 - IMMERSIONI CON AUTORESPIRATORE (garanzia facoltativa)

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.

La garanzia è prestata sino alla concorrenza delle somme assicurate, con il limite comunque operante di 200.000 euro per la garanzia Morte e Invalidità permanente. La presente estensione non è operante per la garanzia Inabilità temporanea, anche se sottoscritta.

In caso di invalidità permanente la liquidazione dell'indennizzo è effettuata applicando una franchigia assoluta del 10%. Pertanto, l'indennizzo è dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 10%: in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 10%.

Art. 28 - RISCHIO GUIDA MOTOVEICOLI (garanzia facoltativa)

A parziale modifica di quanto disposto dall'art. 13 ("Esclusioni generali") delle condizioni di assicurazione e a condizioni che l'Assicurato abbia attivato la presente garanzia, sono inclusi dalla garanzia gli infortuni subiti dalla guida di ciclomotori e motoveicoli di qualsiasi cilindrata.

Art. 29 - ATTIVITÀ SPORTIVE (garanzia facoltativa)

Ferme le esclusioni di cui all'art. 13, lettera l), l'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati indicati in polizza subiscono, in qualità di tesserati, durante la partecipazione, a livello dilettantistico, a competizioni - e relative prove e allenamenti - organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni Sportive o Enti similari relative unicamente ai seguenti sport:

- baseball e softball;
- calcio;
- ciclismo;
- pallacanestro;
- pallamano;

- pallanuoto;
- pallavolo;
- sci in tutte le sue specialità e snowboard.

La presente estensione non è operante per la garanzia Inabilità temporanea, anche se sottoscritta.

In caso di invalidità permanente la liquidazione dell'indennizzo è effettuata applicando una franchigia assoluta del 5%. Pertanto, l'indennizzo è dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 5%: in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%.

Art. 30 - TERREMOTO ED EVENTI NATURALI (garanzia facoltativa)

Qualora venga indicato sul modulo di polizza la presente estensione, sono compresi in garanzia, a parziale deroga dell'art.13, lettera J), 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 250.000 euro; 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%.

Art. 31 - INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE (garanzia facoltativa)

Le franchigie previste agli art. 21.1 e 21.2 si intendono sostituite come indicato dal seguente testo:

Se il grado di Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 50% della totale, non si dà luogo ad indennizzo. Se invece l'Invalidità Permanente risulterà di grado superiore al 50% l'indennizzo verrà corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 32 - ELIMINAZIONE FRANCHIGIA FINO A 150.000 EURO (garanzia facoltativa)

La presente opzione è limitata esclusivamente agli assicurati con categorie professionali A e B e che abbiano selezionato la formula con franchigia indicata all'art. 21.1 - FORMA CON FRANCHIGIA 3%

Le franchigie previste agli art. 21.1 si intendono sostituite come indicato qui di seguito.

- Fino ai primi 150.000 euro di capitale assicurato non viene applicata nessuna franchigia sul grado di invalidità permanente accertata;
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 150.000 euro e fino a 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 5% della totale;
- Sulla parte di somma assicurata eccedente 300.000 euro: viene applicata una franchigia assoluta sul grado invalidità permanente accertata pari al 10%.

Franchigia su Invalidità Permanente

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente è effettuata applicando le percentuali di franchigia riportate sul modulo di polizza.

Pertanto su ciascuna fascia di capitale assicurato l'indennizzo è dovuto solo se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore alla percentuale di franchigia indicata sul modulo per quella stessa fascia di capitale.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'Impresa liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 33 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'art. 7, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e una descrizione delle cause che hanno determinato l'evento e deve essere corredata da certificato medico diagnostico o da certificato del Pronto Soccorso. L'Assicurato o, in caso di morte, gli eredi testamentari o legittimi, devono consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 34 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che sono indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti al contratto o sopravvenute. Pertanto l'indennità è riconosciuta per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti o sopravvenute.

Art. 35 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno e concordato l'indennizzo, l'Impresa provvederà alla liquidazione del sinistro entro 30 giorni.

L'Impresa propone e l'Assicurato accetta che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non può superare l'importo di 2.000.000 euro.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 36 - ANTICIPI SU INDENNIZZI

L'Assicurato può richiedere all'Impresa un anticipo sugli indennizzi:

- ❖ per invalidità permanente, trascorsi almeno 120 giorni dalla data della denuncia dell'infortunio, fino ad un massimo del 40% del presumibile indennizzo stesso, a condizione che la presunta percentuale d'invalidità stimata dall'Impresa, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 25% della totale; tale valutazione provvisoria deve ritenersi non impegnativa rispetto alla definitiva valutazione del danno.

Le richieste d'anticipo indennizzo potranno essere accolte dall'Impresa a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia.

Il pagamento degli anticipi sugli indennizzi è effettuato dall'Impresa entro 30 giorni dalla data della richiesta avanzata

dall'Assicurato, salvo il diritto dell'Impresa stessa alla restituzione di quanto corrisposto qualora emergessero successivamente fatti tali da invalidare, in tutto o in parte, la garanzia assicurativa.

Resta in ogni caso inteso che gli anticipi corrisposti saranno dedotti da quanto dovuto in sede di liquidazione definitiva.

Art. 37 - VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

L'assicurazione è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge e rimane in vigore anche nei casi in cui tale obbligo risulti o sia stabilito successivamente.

Art. 38 - CONTROVERSIE

Qualora si verificano divergenze sul grado di invalidità permanente o sull'applicazione dei criteri contrattualmente previsti per definire l'indennizzo, le Parti possono rivolgersi ad un Collegio di tre medici.

I medici che formano il Collegio vengono nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione ove 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 spese per il proprio Medico e contribuirà per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico.

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

In applicazione della normativa vigente, ciascuna delle Parti ha sempre comunque la facoltà di rivolgersi direttamente alla Autorità giudiziaria per la risoluzione della controversia, anche evitando il ricorso al Collegio medico normato nei capoversi che precedono.

CAPITOLO 2 - GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (garanzia facoltativa)

Unicamente a titolo integrativo rispetto alla garanzia Infortuni e quale garanzia facoltativa, il presente Set Informativo comprende anche la garanzia Invalidità Permanente da Malattia (I.P.M.)

Art. 39 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: I.P.M. "GENERICA"

Nei casi di malattia insorti dopo la stipula del contratto, si intende per Invalidità Permanente da Malattia la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia denunciata, considerando la misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti la perdita o la diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente da malattia accertata è di grado pari o inferiore al 20% della totale.

Nel caso di capitale assicurato fino a 100.000 euro e di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 21%, l'Impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

GRADO % DI I.P. ACCERTATA	INDENNIZZO % DA LIQUIDARE	GRADO % I.P. ACCERTATA	INDENNIZZO % DA LIQUIDARE
21	2	44	38
22	2	45	40
23	3	46	42
24	3	47	48
25	4	48	48
26	4	49	48
27	5	50	50
28	6	51	53
29	8	52	56
30	10	53	59
31	12	54	62
32	14	55	65
33	16	56	68
34	18	57	71
35	20	58	74
36	22	59	77
37	24	60	80

38	26	61	83
39	28	62	86
40	30	63	89
41	32	64	92
42	34	65	95
43	36	66 e oltre	100

Nel caso di capitale assicurato da 100.001 euro a 200.000 euro e di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25%, l'Impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

GRADO % DI I.P. ACCERTATA	INDENNIZZO % DA LIQUIDARE	GRADO % I.P. ACCERTATA	INDENNIZZO % DA LIQUIDARE
25	4	46	42
26	4	47	48
27	5	48	48
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	66 e oltre	100

Art. 40 - CRITERI DI VALUTAZIONE

La percentuale dell'invalidità permanente da malattia viene accertata, **non prima che sia trascorso un anno dalla data di denuncia della malattia**, con riferimento alla Tabella delle Valutazioni del Grado Percentuale di Invalidità Permanente allegata alla **Tabella INAIL - D.P.R. 30/06/1965, n.1.124 - e successive modificazioni**.

Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale o anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità prevista dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla Tabella sopra menzionata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente. La minorazione o la perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovuta per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 41 - DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dal 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza è stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa con l'Impresa riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previsti;

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 42 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero. Tuttavia la valutazione dell'invalidità permanente da malattia (I..P.M.) e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia ed in valuta euro.

Art. 43 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione cessa:

- dal momento in cui l'Assicurato acquisisca il diritto ad un trattamento pensionistico pubblico, in merito al quale il medesimo si impegna ad informare l'Impresa entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta dall'Ente Previdenziale di riferimento e ferma la facoltà dell'Impresa di compiere le più opportune verifiche in tal senso.
- dal momento in cui l'Assicurato non eserciti alcuna attività professionale.

Anche nel caso in cui siano stati corrisposti i premi successivamente al verificarsi delle predette condizioni, l'assicurazione cessa e tali premi verranno dall'Impresa restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 44 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve denunciare la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, c'è motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia di cui sopra. L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo a tal fine qualsiasi medico dal segreto professionale.

L'inadempimento degli obblighi previsti dal presente articolo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 45 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'Impresa, compiuti gli accertamenti del caso, liquida all'Assicurato l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

- A. Se l'Assicurato decede, per cause non direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, dopo che l'indennità è stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.
- B. Se l'Assicurato decede, durante il periodo di validità della copertura, per cause direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, dopo che l'indennità è stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa liquiderà agli eredi dell'Assicurato anche la differenza tra la somma già liquidata o offerta e l'ammontare complessivo del capitale assicurato per il "caso morte" al momento dell'infortunio o della malattia che ha generato il sinistro.
- C. Se l'Assicurato decede, per cause non direttamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, prima che l'indennità è stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, gli Eredi dell'Assicurato avranno facoltà di trasmettere all'Impresa la documentazione attestante il grado d'invalidità dell'Assicurato (certificazione INPS, INAIL, referti di accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, cartelle cliniche). L'Impresa pagherà agli Eredi la somma dovuta in forza del grado d'invalidità effettivamente comprovato.
- D. Se l'Assicurato decede, durante il periodo di validità della copertura, per cause direttamente ed esclusivamente riconducibili all'infortunio o alla malattia che ha generato il sinistro, prima che l'indennità è stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa liquiderà agli eredi dell'Assicurato il solo ammontare complessivo del capitale assicurato per il "caso morte".

Resta inteso che le liquidazioni previste nei quattro ultimi paragrafi poc'anzi trascritti avverranno in ossequio alle vigenti disposizioni di legge in merito alla successione legittima o testamentaria.

CAPITOLO 3 - GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA (garanzia base)

Le attività di servizio inserite nella garanzia assistenza sono offerte a titolo gratuito.

L'Impresa mette ad immediata disposizione dell'assicurato, mediante l'utilizzo della propria Centrale Operativa, le prestazioni previste, nel caso in cui lo stesso assicurato ne faccia richiesta a termini di polizza, a seguito di un evento contemplato dalla stessa ed entro i limiti convenuti.

La garanzia Assistenza alla persona vale per il mondo interno, salvo quanto diversamente specificato in ciascuna prestazione. Per usufruire delle prestazioni previste, l'assicurato o chi per esso deve contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

**dall'Italia Numero Verde 800.894149
dall'estero +39.039.9890722**

comunicando con estrema precisione:

- A. tipo di assistenza di cui necessita;
- B. nome e cognome e numero di polizza;
- C. indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico.

Art. 46 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

46.1 - 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.

46.2 - 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.

46.3 - 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.

46.4 - 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.

46.5 - 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 sanitaria relativamente a:

- singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate.

46.6 - Gestione dell'appuntamento

Qualora l'assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, può usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'assicurato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

46.7 - 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 60 euro al giorno e **fino a 3 giorni consecutivi**.

46.8 - Trasporto sanitario

Il Servizio Medico della Centrale Operativa in seguito a infortunio o malattia improvvisa dell'assicurato occorsi all'estero, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale e, se necessario/possibile con quello di famiglia, ne organizzerà il trasporto sanitario. In base alla gravità del caso, l'assicurato sarà trasportato nell'Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla Sua residenza.

Ad insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto Sanitario è organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario;
- aereo di linea;
- vagone letto;
- cuccetta di 1° classe;
- autoambulanza;
- altri mezzi ritenuti idonei.

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

Il trasporto sanitario da paesi extraeuropei, esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, è effettuato esclusivamente con aereo di linea.

Tutti i costi di organizzazione e trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto, sono a carico dell'Impresa.

46.9 - Viaggio di un familiare

Se l'assicurato si trova all'estero e viene ricoverato d'urgenza a seguito di malattia o infortunio e i medici ritengono che non è trasferibile prima di 5 giorni, la Centrale Operativa organizza e prende in carico il viaggio andata e ritorno (aereo classe turistica o treno 1° classe) per un familiare residente in Italia, per recarsi presso l'assicurato ricoverato.

La Centrale Operativa terrà inoltre a proprio carico le spese di pernottamento del familiare fino ad un ammontare di 80 euro al giorno e **per un massimo di 3 giorni**.

46.10 - Interprete a disposizione

Se l'assicurato viene ricoverato all'estero a seguito di infortunio o malattia e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la Centrale Operativa provvede ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione **fino ad un massimo di 250 euro**.

46.11 - Trasporto della salma

In caso di decesso all'estero dell'assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto delle spoglie nel posto di inumazione del corpo in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo. Il trasporto viene eseguito secondo le norme

internazionali in materia, rimanendo a carico dei familiari le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

L'Impresa tiene a proprio carico le relative spese nel limite di 2.600 euro per sinistro, indipendentemente dal numero degli assicurati coinvolti.

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasporto della salma in Italia o l'assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa provvede in tal senso mettendo a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe turistica) o in treno (1° classe) per presenziare alle esequie. Il costo del biglietto è a carico dell'Impresa.

Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca e l'eventuale recupero della salma.

46.12 - Cura dei figli minori di 15 anni

Quando l'assicurato, in seguito a ricovero ospedaliero per malattia o infortunio superiore a 3 giorni, sia oggettivamente impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni durante il periodo di ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, l'Impresa provvede ad inviargli a domicilio una baby-sitter tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo complessivo di 500 euro per evento.

Tale massimale si conviene elevato a 1.000 euro in caso di ricovero superiore a 10 giorni. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, l'Impresa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'assicurato, in conformità al massimale suindicato, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

46.13 - Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla privacy Regolamento UE 2016/679.

46.14 - Custodia degli animali domestici

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero di almeno sette giorni in Istituto di Cura, come da foglio di dimissioni, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, è impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimo di 200 euro (Iva inclusa) complessivi per sinistro e per periodo di assicurazione. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

46.15 - 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 sette giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante, 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. La prestazione viene fornita 24 ore su 24.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

SEZIONE D – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 47 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

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

800.894149

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039.9890722; comunicando subito le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero di polizza;
- motivo della chiamata;
- numero telefonico e/o indirizzo al quale è possibile contattarvi.

Fermo quanto previsto dall'art. 7, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e una descrizione delle cause che hanno determinato l'evento e deve essere corredata da certificato medico diagnostico o da certificato del Pronto Soccorso. L'Assicurato o, in caso di morte, gli eredi testamentari o legittimi, devono consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - Centro Colleoni -
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

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 – Mi - fax 039/6890432 – reclami@nobis.it

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.

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 il 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 e alla gestione telematica 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.

ALLEGATO 1

TABELLA DELLE ATTIVITÀ / PROFESSIONI (vedi art. 17)

CLASSE A

Addetto negozio o esercizio commerciale di:

- abiti, confezioni
- armeria senza confezionamento di cartucce e munizioni
- articoli da regalo
- articoli ed apparecchi fotografici e di ottica
- articoli in pelle, calzature
- articoli sportivi
- cartoleria, libreria
- Casalinghi
- dischi, musica, strumenti musicali
- Giocattoli
- merceria, tessuti
- panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: senza produzione
- pellicce, capi in pelle
- Profumeria
- Tabaccheria

Agente di cambio

Agricoltore (proprietario, affittuario, ecc.) con mansioni amministrative

Agronomo

Albergatore senza prestazioni manuali

Amministratore di beni propri o altrui

Antiquario senza restauro

Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Archivista

Arredatore (che non presta opera manuale)

Autorimessa: esercente senza prestazioni manuali

Autotrasportatore: titolare senza prestazioni manuali

Bigliettaio e cassiere di cinema o teatro

Biologo

Casalinga

Clero (appartenente al)

Commercialista

Consulente del lavoro

Dirigente escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Disegnatore

Disk jockey

Farmacista

Fotografo solo in studio

Fotomodella, indossatrice

Geologo

Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Giornalaio

Grafico

Imprenditore che non presta opera manuale (purché, non rientrante in altra specifica attività con relativo codice rischio)

Ingegnere senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Insegnante di materie non sperimentali o di pratica professionale

Insegnante di musica

Interprete

Magistrato

Mediatore (escluso bestiame)

Medico (non radiologo)

Notaio

Ostetrica

Ottico

Parrucchiere, barbiere

Pittore

Scrittore

Studente

Titolare negozio o esercizio commerciale di:

- abiti, confezioni
- armeria senza confezionamento di cartucce e munizioni
- articoli da regalo
- articoli ed apparecchi fotografici e di ottica
- articoli in pelle, calzature
- articoli sportivi
- cartoleria, libreria
- Casalinghi
- dischi, musica, strumenti musicali
- Giocattoli
- merceria, tessuti
- panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: senza produzione
- pellicce, capi in pelle
- Profumeria
- Tabaccheria

Usciere

Vetrinista

CLASSE B

Addetto negozio o esercizio commerciale di:

- accessori per autoveicoli
- cartucce e munizioni
- articoli igienico-sanitari
- bar, caffè, birreria
- colori e vernici
- computers, mobili per ufficio
- drogheria, vini e liquori
- elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne)
- Ferramenta
- fiori e piante
- frutta e verdura
- generi alimentari
- macelleria (esclusa macellazione)
- Mobili
- oreficeria, orologeria, gioielleria
- panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: con produzione
- Pescheria
- ristorante, trattoria, pizzeria
- salumeria, rosticceria
- Surgelati
- tintoria, lavanderia

Addetto pompe funebri
Agente di assicurazione
Agente di borsa
Agente di commercio
Agente di pubblicità
Agente immobiliare
Albergatore con prestazioni manuali
Allenatore sportivo
Allevatore di animali diversi da equini, bovini, suini
Ambulante
Analista chimico
Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Assistente sociale
Attore
Avvocato e procuratore legale
Baby-sitter
Bagnino
Ballerino
Barista
Bidello
Calzolaio
Cameriere
Cantante
Casaro
Casellante
Ceramista
Concessionario di autoveicoli
Concessionario di motoveicoli
Corniciaio
Cuoco
Custode, portiere
Direttore artistico
Direttore d'orchestra
Dirigente compreso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Disinfestatore (anche derattizzazione)
Distributori di carburante (gestore di) senza manutenzione, lavaggio
Domestico (collaboratore familiare)
Enologo ed enotecnico
Estetista (callista, pedicure, manicure, ecc.)
Fabbriante di apparecchi ortopedici
Fattorino
Ferroviere: personale viaggiante

Fotografo anche all'esterno
Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Giardiniere, vivaista, floricultore
Giornalista (cronista, corrispondente)
Guardacaccia
Guardapesca
Guida ed animatore turistico
Impiegato con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Impiegato senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Imprenditore che presta saltuariamente opera manuale (purché, non rientrante in altra specifica attività con relativo codice rischio)
Infermiere
Ingegnere con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Insegnante di ballo
Insegnante di educazione fisica, attività sportive (esclusi equitazione, arti marziali e lotta nelle diverse forme)
Insegnante di materie sperimentali o di pratica professionale
Installatore di tende, veneziane, serramenti senza uso di ponteggi, impalcature
Investigatore
Ispettore di assicurazione
Istruttore di scuola guida
Legatore di libri
Litografo
Magazziniere
Magliaia
Massaggiatore e fisioterapista
Materassaio
Mediatore di bestiame
Medico radiologo
Musicista
Odontotecnico
Operaio senza uso di macchine e con accesso a officine e cantieri
Operatore ecologico
Paramedico
Pellettiere
Pensionato
Perito
Portavalori
Postino
Produttore assicurazioni
Promotore finanziario
Radiotecnico (esclusa posa di antenne)
Rappresentante
Restauratore solo a terra
Riparatore radio, TV (esclusa posa di antenne), elettrodomestici in genere, computers
Sarto
Scultore
Stilista
Tappezziere
Tipografo
Titolare negozio o esercizio commerciale di:
- accessori per autoveicoli
- cartucce e munizioni
- articoli igienico-sanitari

- bar, caffè, birreria
- colori e vernici
- computers, mobili per ufficio
- drogheria, vini e liquori
- elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne)
- Ferramenta
- fiori e piante
- frutta e verdura
- generi alimentari
- macelleria (esclusa macellazione)
- Mobili
- oreficeria, orologeria, gioielleria
- panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: con produzione
- Pescheria
- ristorante, trattoria, pizzeria
- salumeria, rosticceria
- Surgelati
- tintoria, lavanderia

Titolare esercizio commerciale generico

Titolare pompe funebri

Veterinario

Vetraio solo a terra

CLASSE C

Agricoltore con prestazioni manuali con guida di macchine agricole

Agricoltore con prestazioni manuali senza guida di macchine agricole

Allevatore di equini, bovini, suini

Antennista (installatore di antenne radio TV)

Antiquario con restauro

Archeologo

Arrotino

Autista di veicoli, esclusi: autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici

Autorimessa: addetto riparazione, manutenzione, lavaggio, ecc.

Caldaista

Cantoniere

Carpentiere (solo a terra)

Carrozziere di autoveicoli (autoriparatore)

Conciatore (di pelle)

Distributori di carburante (gestore di) con manutenzione, lavaggio

Eletrauto

Elettricista senza uso di impalcature e ponteggi

Fabbro (solo a terra)

Ferroviero: macchinista

Fochista

Gommista

Idraulico

Imbianchino senza uso di ponteggi e impalcature

Insegnante di arti marziali e lotta nelle sue varie forme

Insegnante di equitazione

Installatore di distributori automatici (compresa manutenzione)

Installatore di tende, veneziane, serramenti con uso di ponteggi, impalcature

Macellaio (compresa macellazione)

Marinaio entro il Mar Mediterraneo

Marmista
Meccanico
Mobiliere
Mototaxi
Operaio con uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature (escluso settore edile)
Pavimentatore
Pescatore su fiumi e laghi
Piastrillista
Portuale (dipendente, esclusi facchini)
Radiotecnico (compresa posa di antenne)
Riparatore radio, TV (compresa posa di antenne)
Spazzacamino
Taxista
Tornitore
Vetraio anche su ponteggi e impalcature
Vulcanizzatore

CLASSE D (Rischi di Direzione)

Agente di Custodia
Appartenente Polizia di Stato
Appartenente Polizia Ferroviaria
Appartenente Guardia di Finanza
Autista di autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici
Autotrasportatore con guida di veicoli
Carpentiere (anche su ponteggi, impalcature)
Cavaiole senza uso di mine
Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Sottufficiale
Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Ufficiale
Facchino
Falegname
Guardia giurata
Imbianchino con uso di ponteggi e impalcature
Imprenditore edile che presta opera manuale
Lattoniere
Muratore
Pescatore su mare
Restauratore con accesso a ponteggi, impalcature
Vigile del fuoco
Boscaiolo, abbattitore e potatore di alberi di alto fusto (senza uso di esplosivi)
Carabiniere
Appartenente Polizia Municipale

Attività professionali non elencate

Se l'attività professionale dichiarata non è elencata tra quelle suindicate, l'assicurato deve contattare l'Impresa ovvero l'Intermediario al quale è affidata la polizza per meglio identificare la classe di rischio.

ALLEGATO 2

TABELLA INAIL INDUSTRIA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO DI INVALIDITÀ PERMANENTE (VEDI ART. 21 E 40)

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	D.	-	S.
Sordità completa di un orecchio			15
Sordità completa bilaterale			60
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio			35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi			40
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale			8
Stenosi nasale assoluta bilaterale			18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace			11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace			30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite			25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica			15
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio			5
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.....	50		40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40		30
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60
Perdita di tutte le dita della mano	65		55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35		30
Perdita totale del pollice	28		23
Perdita totale dell'indice	15		13
Perdita totale del medio		12	
Perdita totale dell'anulare		8	
Perdita totale del mignolo		12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15		12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7		6
Perdita della falange ungueale del medio		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55		50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		35
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18		15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	D.	-	S.

Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16
Perdita totale del solo alluce	7

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:

(1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

(2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

(3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.

(4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.

(5) *In caso di afachia monolaterale:*

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

(6) *In caso di afachia bilaterale*, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

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 co

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." ntrato, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria."

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza."

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

"Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose."

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

"Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli art. 1892 e 1893."

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

"Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso."

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

"Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita."

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

"L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore."

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

"Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità."

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

"L'assicurato che, dolosamente, non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere a tale obbligo l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto."

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

"L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali."

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 - Criteri di redazione

"Il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al contraente va redatto in modo chiaro ed esauriente.

Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente o dell'assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza."

Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), recante disposizioni in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia"), Titolare del trattamento dei dati 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:

- a) 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*);
- b) 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 *limiti*, base giuridica *legale*);
- c) 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*);
- d) 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. 42 del Regolamento l'vass 41/2018 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 sopra indicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e carrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consorziali proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

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

8. Diritti dell'interessato

L'interessato può far valere i diritti previsti dall'art. 15 (diritto di accesso dell'interessato), dall'art. 16 (diritto di rettifica), dall'art. 17 (diritto alla cancellazione, "diritto all'oblio"), dall'art. 18 (diritto di limitazione di trattamento), dall'art. 20 (diritto alla portabilità dei dati) e dall'art. 21 (diritto di opposizione) del Regolamento 2016/679, rivolgendosi mediante lettera RR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MI), 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 01 settembre 2023