NOBIS ASSICURAZIONI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI E PERDITE PECUNIARIE

CREDITO PROTETTO

MODELLO CPN.2017.001-2019.001 – EDIZIONE 10.02.2020

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:
a) Dip Base;
b) Dip Aggiuntivo;
c) Glossario;
d) Condizioni di assicurazione
che devono essere consegnati al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

Documento redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA – Associazioni dei consumatori – Associazioni intermediari – per "Contratti semplici e chiari".

GRUPPO NOBIS

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: Credito Protetto**

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

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

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza copre i danni subiti dall'assicurato in caso di **Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, Perdita d'Impiego, Ricovero ospedaliero da infortunio o malattia, Invalidità permanente da infortunio o malattia, Morte da infortunio**.
Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti dalla Scheda di Polizza sottoscritta dal Contraente.

CHE COSA È ASSICURATO?

✓ **Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**
La garanzia è operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente Pubblico. Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia, la Società corrisponderà, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale successivi al termine del Periodo di Franchigia, un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00.

✓ **Perdita d'Impiego**
La garanzia è operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Lavoratore Dipendente Privato (escluso dipendente pubblico, pensionato e studente). Qualora la Disoccupazione perduri oltre il Periodo di Franchigia, la Società corrisponderà, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione successivi al termine del Periodo di Franchigia, un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00.

✓ **Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia**
La garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Non Lavoratore. Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale periodo la Società corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla Contribuzione Mensile Assicurata, con il massimo di € 500,00; successivamente, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero successivi al termine del Periodo di Franchigia, la Società corrisponderà un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00.

✓ **Invalidità permanente da infortunio o malattia**
La garanzia è operante per tutte le tipologie di assicurati. L'Impresa in caso di Invalidità Permanente - così come enunciato nel Glossario - derivante da una malattia insorta e manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e comunque non oltre la data della sua cessazione, riconosce un'indennità calcolandola sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali di "Invalidità Permanente": Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 66 % della totale.

✓ **Morte da infortunio**
La garanzia è operante per tutti gli assicurati. L'Impresa, in caso di Morte improvvisa sopravvenuta a seguito di infortunio verificatosi durante il periodo della copertura assicurativa, liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte - se superiore - e quella già pagata per invalidità permanente.

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

CHE COSA NON È ASSICURATO?

✗ Non sono assicurabili le persone che non abbiano contemporaneamente i requisiti corrispondenti a quanto sotto:
  - persone fisiche;
  - rivestano la qualifica di contraente di un contratto di finanziamento;
  - abbiano età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni non compiuti;
  - alla data di sottoscrizione del finanziamento godano di buona salute e cioè non siano affetti da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
  - siano residente in Italia.

✗ Sono quindi escluse dalla presente Polizza le persone non in possesso di tutti i sopraindicati requisiti.

✗ Qualora risulti che per errore il Contraente abbia stipulato il presente contratto pur non essendo in possesso dei requisiti di assicurabilità, l'Impresa si impegna alla restituzione al Contraente del corrispondente importo totale di Premio versato.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Sono esclusi dall'Assicurazione gli **Infortuni** causati da:
! eventi accaduti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti o conseguenze;
! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;
! partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
! pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
! partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
! etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
! guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
! 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.);
! eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
! qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

Sono esclusi dall'Assicurazione le **Malattie**:
! che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già manifestatesi e/o diagnosticate a tale data;
! da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso di psicofarmaci o stupefacenti a meno che sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
! derivanti da sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
! derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
! derivanti da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;

! derivanti 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.).
! Non sono inoltre considerati Malattia:
! il mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
! le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi;
! l'infertilità e la sterilità;
! il parto e l'aborto volontario non terapeutico.

Limitatamente alla garanzia **Perdita di Impiego**, sono esclusi dall'Assicurazione i dipendenti pubblici e i casi di Disoccupazione derivante da:
! dimissioni;
! licenziamento dovuto a "giusta causa";
! licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
! licenziamento tra congiunti, anche ascendenti o discendenti;
! licenziamento a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
! risoluzione del rapporto di lavoro, anche consensuale, avvenuta a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
! messa in "mobilità" del Lavoratore Dipendente Privato che, nell'arco del periodo di "mobilità" stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione i casi di Disoccupazione quando:
! alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
! l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.
! Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
! la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto";
! l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di "mobilità";
! l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;
! l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
! alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato risulta essere pensionato o studente.

Limitatamente alla garanzia **Invalidità Permanente – Morte da infortunio**, sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:
! preesistenti alla data di effetto della presente polizza;
! da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
! da intossicazioni causate da:
! abuso di alcolici;
! uso di allucinogeni;
! uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
! derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
! da malattie mentali, disturbi psichici in genere e da nevrosi;
! da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
! da guerre ed insurrezioni, nonché quelle - dirette o indirette - derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).

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

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico abilitato all'esercizio della professione in Italia.

CHE OBBLIGHI HO?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni non reticenti, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, tutti i cambiamenti che comportano una modifica del rischio. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione delle modifiche del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto all'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 o pluriennale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

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

Il premio è già comprensivo di imposte.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Il contratto potrà avere durata annuale o pluriennale in base all'opzione che sarà scelta dal Contraente/Assicurato e cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

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

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il contratto si risolve automaticamente alla sua naturale scadenza e non può essere tacitamente rinnovato.

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

ASSICURAZIONE CREDITO PROTETTO

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Credito Protetto
Versione del 1 Novembre 2019 (ultimo disponibile)

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

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 10071 Borgaro Torinese (TO) alla via Lanzo 29 e Direzione Generale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet **www.nobis.it**, e-mail: **assicurazioni@nobis.it**, PEC: **nobisassicurazioni@pec.it.**
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). 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 2018
Bilancio approvato il 29/04/2019
Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 43.549.367 di cui capitale sociale € 34.013.382, riserva di sovrapprezzo € 100.382 e riserve patrimoniali € 9.435.603.
Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 126,18% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 280,40% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).
Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.nobis.it

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

CHE COSA È ASSICURATO?

Il prodotto Credito Protetto offre una serie di coperture per una serie di eventi che colpiscano l'assicurato/contraente che abbia stipulato un contratto di finanziamento (prestito finalizzato o prestito personale). Gli eventi assicurati sono i seguenti:

- Inabilità temporanea Totale da Infortunio o Malattia;
- Perdita d'impiego;
- Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia;
- Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia;
- Morte da Infortunio.

In merito alle garanzie sopra indicate non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel Dip Base Credito Protetto.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Credito Protetto

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Indicare l'opzione	Non sono previste opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo per il prodotto Credito Protetto.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

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

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

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

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

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	La garanzia prevede un periodo di franchigia pari a 60 giorni. Periodo di Carenza 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora l'Inabilità Temporanea Totale insorga quindi entro trenta giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo. Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia, l'Impresa corrisponderà, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale successivi al termine del Periodo di Franchigia, un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00. **In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato:** a) un Indennizzo mensile di importo maggiore di € 2.000,00 anche in caso di più polizze esistenti in capo al medesimo Assicurato; b) più di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e più di 24 Indennizzi mensili complessivamente per l'intera durata dell'Assicurazione. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, n**essun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi.**
Perdita di Impiego	La garanzia prevede un periodo di franchigia pari a 60 giorni. Periodo di Carenza 180 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Perdita di Impiego avvenga quindi entro 180 giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo. Qualora la Disoccupazione perduri oltre il Periodo di Franchigia, l'Impresa corrisponderà, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione successivi al termine del Periodo di Franchigia, un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00. **In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato:** a) un Indennizzo mensile di importo maggiore di € 2.000,00 anche in caso di più polizze esistenti in capo al medesimo Assicurato; b) più di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e più di 24 Indennizzi mensili complessivamente per l'intera durata dell'Assicurazione. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 180 giorni, **nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato ed abbia superato il periodo di prova.**
Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia	La garanzia prevede un periodo di franchigia pari a 7 giorni. Periodo di Carenza 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga quindi entro trenta giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo. Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, alla scadenza di tale periodo l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla Rata mensile Assicurata, con il massimo di € 500,00; successivamente, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero successivi al termine del Periodo di Franchigia, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00. **In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato:** a) un Indennizzo mensile di importo maggiore di € 2.000,00 anche in caso di più polizze esistenti in capo al medesimo Assicurato; b) più di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e più di 24 Indennizzi mensili complessivamente per l'intera durata dell'Assicurazione.

	Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 180 giorni consecutivi.
Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia	**L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.** **Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.** **Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.** **Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa. La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra sei ed i diciotto mesi dalla data di denuncia della malattia. In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.** **Franchigia assoluta riassorbibile 65%.**

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?	In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono farne denuncia all'Impresa **nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 30 giorni dalla data di accadimento del Sinistro stesso, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.** **Una volta avvenuto il pagamento di un Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale, per Disoccupazione o per Ricovero Ospedaliero, qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti, ad inviare all'Impresa comunicazione, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, di continuazione del Sinistro entro 30 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro.** **In caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.** **In caso di sinistro relativo alla garanzia Invalidità Permanente il Contraente/Assicurato, consapevole che l'inadempimento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, deve presentare all'Impresa o all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza denuncia scritta della malattia entro 3 giorni d quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata.**
	Assistenza diretta/in convenzione: si specifica che il contratto non prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.
	Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti dell'assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, a meno che non siano state commesse in buona fede dal contraente o dall'Assicurato stesso.
Obblighi dell'Impresa	L'Impresa provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto **entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'Indennizzo.** **(Condizione relativa all'Invalidità Permanente)** Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	Il pagamento del premio viene effettuato in un'unica soluzione (per l'intera durata della copertura assicurativa). Non è consentito frazionare il pagamento del premio. I costi a carico del Contraente per il rilascio della presente copertura, oltre il pagamento del premio di polizza, sono esclusivamente le "spese amministrative" ammontanti a € 150,00 in caso di rimborso dovuto ad estinzione anticipata, anche parziale o di trasferimento del finanziamento, distruzione, alienazione, demolizione, rottamazione od esportazione definitiva, furto/rapina del veicolo oggetto del Finanziamento. L'assicurazione **ha effetto** dalla data indicata sul Modulo di polizza fino alle 24,00 della data di scadenza indicata sul Modulo stesso, **se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.** **I premi, versati dal Contraente, devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure direttamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.**

Rimborso	In caso di distruzione, demolizione, rottamazione od esportazione definitiva, furto/rapina del veicolo oggetto del Finanziamento, **l'Impresa a seguito dell'invio da parte dell'Assicurato della seguente documentazione:** • in caso di distruzione o esportazione definitiva del veicolo, l'attestazione del PRA certificante la restituzione della carta di circolazione e della targa di immatricolazione; • in caso di demolizione o rottamazione, copia del certificato di cui all'art. 46, comma 4, del DLGS 5/2/1997 n. 22, rilasciato da un Centro di raccolta autorizzato ovvero da un concessionario o succursale di casa costruttrice ed attestante l'avvenuta consegna del veicolo per la demolizione o rottamazione. • in caso di furto/rapina copia della denuncia presentata all'Autorità di pubblica sicurezza considerando il contratto cessato, provvede al rimborso al Contraente/Assicurato della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Il rimborso, al netto delle imposte di Legge, verrà calcolato in funzione degli anni e della frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura (periodo di premio non goduto). **Dal rimborso verrà trattenuta la somma di Euro 150,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del premio.** L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa e quest'ultima si riserva la facoltà di valutare ed eventualmente accettare la richiesta dell'Assicurato, mantenendo, in tal caso, inalterata ed operativa l'assicurazione fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto la data di scadenza originaria, oppure di trasferimento dello stesso ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo, l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione o di surroga e l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto. In questo caso, tutte le coperture assicurative cessano alle ore 24:00 della data di estinzione o di trasferimento del Finanziamento, e l'Impresa rimborserà all'Assicurato (entro 30 giorni dalla cessazione della copertura), la parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di Legge. Dal rimborso verrà trattenuta la somma di Euro 150,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del premio. L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Finanziamento, la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di trasferimento del Finanziamento. Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa, con decorrenza dalle ore 24.00 della data di estinzione parziale del Finanziamento, il rimborso della quota parte di Premio, al netto delle imposte di Legge e della somma di Euro 150,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del premio, relativa alla quota parte capitale originariamente finanziato ed estinto e quindi non più esposto al rischio assicurato. In questo caso, tutte le coperture assicurative proseguono a copertura dell'importo di finanziamento residuo. La polizza prevede il diritto di recesso sia per il Contraente/ Assicurato che per Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. a seguito di sinistro. Per recedere è necessario dare preavviso di 30 giorni tramite raccomandata A/R o Pec. Il diritto di recesso è esercitabile fino al 60esimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo. In tutti i casi, Nobis provvederà al rimborso del premio al netto delle imposte versate entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso a seguito di sinistro.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	Il contratto è stipulato senza tacito rinnovo. L'indicazione è riportata sul Modulo di Polizza. Il contratto ha validità annuale e/o poliennale e cessa automaticamente alla propria scadenza senza possibilità di rinnovo automatico. L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi: - Compimento del 75° anno di età del Contraente/Assicurato; - Scioglimento del contratto di finanziamento per recesso, decesso dell'Assicurato e riscatto totale; - Interruzione dei pagamenti delle rate di finanziamento alla società che ha erogato il finanziamento; l'Assicurazione decorre nuovamente dal momento in cui vengono corrisposti alla finanziaria tutti i ratei arretrati a patto che ciò avvenga entro: - 18 mesi dalla erogazione del finanziamento, nel caso in cui la prima rata non sia ancora stata versata interamente; - 12 mesi dalla scadenza della prima rata non versata alla finanziaria nel caso in cui la prima rata sia stata interamente versata alla finanziaria.
Sospensione	Non è ammessa la sospensione del contratto o delle singole garanzie.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione	È possibile recedere dal contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, comunicandolo alla Compagnia con lettera raccomandata A/R o Pec. Il recesso determina la cessazione della copertura assicurativa, dalle ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata. In caso di recesso, Nobis provvederà al rimborso del premio al netto delle imposte versate (o al lordo delle imposte se non ancora versate all'erario dalla stessa) entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso. Qualora la durata della copertura assicurativa sia superiore ai 5 anni, il Contraente/Assicurato, decorsi i 5 anni di durata, può inoltre recedere annualmente dall'Assicurazione, senza oneri, con preavviso di 60 (sessanta) giorni inoltrato con raccomandata A/R o Pec, con diritto alla restituzione della parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di Legge. Se la durata poliennale è inferiore a 5 anni il recesso annuale non è consentito.
Risoluzione	Il Contraente può chiedere la risoluzione del Contratto nei seguenti casi: • Sostituzione, demolizione, distruzione, esportazione definitiva o Furto dell'autoveicolo; • Estinzione anticipata/subentro del finanziamento; • In caso di sinistro

A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto a ciascuna persona fisica che risponda ai seguenti requisiti:

a) rivesta la qualifica di contraente di un contratto di finanziamento;
b) abbia età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni non compiuti;
c) alla data di sottoscrizione del finanziamento goda di buona salute e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato;
d) sia residente in Italia.

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 le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario peri il ramo 1 (Infortuni) è pari al 34,19%, per il ramo 2 (Malattia) è pari al 22,42%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it**, utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito ***www.ivass.it***, sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile. - In caso di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità e/o la quantificazione dell'Indennizzo relativamente a Sinistri di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero, ciascuna delle parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto. In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro. Resta sin d'ora inteso che la città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

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

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

INDICE

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI 1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 3
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – determinazione del premio 3
Art. 2 – Pagamento del premio - decorrenza e durata dell'assicurazione 3
Art. 3 – Altre assicurazioni 3
Art. 4 – Modifiche dell'assicurazione 3
Art. 5 – Oneri fiscali 3
Art. 6 – Rinvio alle norme di legge 3
Art. 7 – Cessione dei diritti 3
Art. 8 – Legislazione applicabile 3
Art. 9 – Persone assicurabili 3
Art. 10 – Comunicazioni 4
Art. 11 – Ricorso all'arbitrato 4
Art. 12 – Estensione territoriale 4
Art. 13 – Diritto di recesso in caso di sinistro 4
Art. 14 – Recesso dell'assicurato 4
Art. 15 – Estinzione anticipata totale e/o parziale e trasferimento del finanziamento 4
Art. 16 – Distruzione, alienazione, demolizione, rottamazione od esportazione definitiva, furto/rapina del veicolo oggetto del finanziamento 4
Art. 17 – Prescrizione dei diritti 5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE 6
CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA 6
Art. 18 – Oggetto dell'assicurazione 6
Art. 19 – Variazione della posizione lavorativa 6
Art. 20 – Cessione del contratto di finanziamento – cessione dei diritti 6
Art. 21 – Esclusioni valide per il capitolo 1 6
Art. 22 – Indennizzo – limite di indennizzo 7
Art. 23 – Periodo di franchigia – periodo di carenza 8
Art. 24 – Denunce successive 8
CAPITOLO 2 – PERDITE PECUNIARIE 8
Art. 25 – Oggetto dell'assicurazione 8
Art. 26 – Variazione della posizione lavorativa 8
Art. 27 – Cessione del contratto di finanziamento – cessione dei diritti 8
Art. 28 – Esclusioni valide per il capitolo 2 9
Art. 29 – Indennizzo – limite di indennizzo 9
Art. 30 – Periodo di franchigia - periodo di carenza 9
Art. 31 – Denunce successive 9
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO 10
Art. 32 – Obblighi in caso di sinistro 10
Art. 33 – Pagamento dell'indennizzo 11
APPENDICE NORMATIVA 12
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016 / 679 (GDPR) 14

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
Assicurazione: il contratto di assicurazione;
Beneficiari: gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o le altre Persone da questi designate, ai quali l'Impresa deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;
Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa;
Disoccupazione: la posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente Privato che:
a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e
b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un'indennità derivante da trattamento di "mobilità" e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.
Finanziamento: contratto di finanziamento sottoscritto dall'Assicurato;
Franchigia/Scoperto: parte del danno (in somma fissa o percentuale) a carico dell'assicurato;
Impresa: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Inabilità Temporanea Totale: la perdita temporanea ed in misura totale della capacità ad attendere alla propria Normale Attività Lavorativa;
Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;
Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono considerati Infortunio:

a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
d) i colpi di sole o di calore;
e) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

Invalidità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;
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 marzo 2010 n. 38 e smi;
Lavoratore Autonomo (Tipologia A): la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt.29, 49, 51 del D.P.R. 22 Dicembre 1986, n°917 e successive modifiche, e\o di redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisca un reddito da lavoro dipendente (così come indicato nella definizione di Lavoratore Dipendente) o di pensione. Sono altresì considerati Lavoratori Autonomi i lavoratori, ancorché dipendenti, che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto;
Lavoratore Dipendente Privato (Tipologia B): la persona fisica che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunta da almeno 12 mesi e che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori inquadrati in base a contratti:

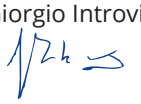
a) a tempo determinato;
b) di inserimento (ex contratto di formazione lavoro);
c) di apprendistato;
d) di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);
e) di lavoro intermittente.
f) assunti con contratto Job Acts.

Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);
Lavoratore Dipendente Pubblico (Tipologia C): la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato cosi come da L.70/1975; **(Esclusione della garanzia perdita d'Impiego)**
Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Malattie Coesistenti: le malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;
Malattie Concorrenti: le malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale;
Modulo di polizza: documento attestante l'operatività della copertura assicurativa in favore del singolo Assicurato;

Morte: evento letale che, sussistendo le condizioni contrattuali, impone all'impresa di liquidare agli aventi diritto indennità assicurata.
Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente; sono altresì considerati Non Lavoratori i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale nonché i lavoratori dipendenti il cui contratto sia stipulato all'estero e non sia regolato dalla legge italiana;
Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro con carattere di abitualità e prevalenza;
Perdita di Impiego (Prestabile solo per la Tipologia A-B): la perdita da parte della persona fisica dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione;
Periodo di Carenza: il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante;
Periodo di Franchigia: il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro durante il quale l'Assicurato non ha diritto ad alcun Indennizzo;
Periodo di Riqualificazione: il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale, di Disoccupazione o di Ricovero Ospedaliero, liquidabili ai sensi del presente contratto, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Inabilità Temporanea Totale, per Perdita d'Impiego o per Ricovero Ospedaliero;
Ricovero Ospedaliero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;
Polizza: il documento che prova l'Assicurazione ovverosia la stipula del presente contratto;
Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa in relazione all'Assicurazione;
Rata mensile assicurata: importo mensile che l'Assicurato deve pagare in forza del contratto di finanziamento;
Rischio: la probabilità che si verifichi il Sinistro;
Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private. Nel caso concreto, per veicolo s'intende esclusivamente l'autoveicolo e l'autocarro.

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Credito Protetto Mod. CPN.2017.001-2019.001 – Ultimo aggiornamento 01/11/2019

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

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

Il premio è determinato in base ai dati indicati sul Modulo di polizza con riferimento alle garanzie effettivamente acquistate e al valore del finanziamento.

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

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalla data indicata sul Modulo di polizza fino alle 24,00 della data di scadenza indicata sul Modulo stesso, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile).

I premi, versati dall'Assicurato, devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnato il contratto oppure direttamente all'Impresa.

L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

a) compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
b) scioglimento del contratto di finanziamento per recesso, decesso dell'Assicurato e riscatto totale;
c) interruzione dei pagamenti delle rate di finanziamento alla società che ha erogato il finanziamento;

l'Assicurazione decorre nuovamente dal momento in cui vengono corrisposti alla finanziaria tutti i ratei arretrati a patto che ciò avvenga entro:

1. 18 mesi dalla erogazione del finanziamento, nel caso in cui la prima rata non sia ancora stata versata interamente;
2. 12 mesi dalla scadenza della prima rata non versata alla finanziaria, nel caso in cui la prima rata sia stata interamente versata alla finanziaria.

In nessun caso l'Impresa sarà obbligata a corrispondere l'indennizzo per Sinistri accaduti:

1. oltre il termine di durata dell'Assicurazione;
2. prima della scadenza dell'Assicurazione, qualora il relativo Periodo di Franchigia o Periodo di Carenza scada dopo tale termine.

Infine, qualora un Sinistro per "Inabilità Temporanea Totale", "Ricovero Ospedaliero" o "Perdita di Impiego" perduri oltre la scadenza dell'Assicurazione, nulla sarà più dovuto dall'Impresa all'Assicurato in base al presente contratto per il periodo successivo al suddetto termine. Parimenti, nulla sarà dovuto dall'Impresa all'Assicurato.

Art. 3 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dall'Impresa con il presente contratto possono cumularsi con altre coperture assicurative contratte dall'Assicurato.

Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 6 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 7 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente contratto.

Art. 8 – LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicabile al presente contratto è quella italiana.

Art. 9 – PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda contemporaneamente a tutti i seguenti requisiti:

a) rivesta la qualifica di contraente di un contratto di finanziamento;
b) abbia un'età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni non compiuti;
c) alla data di sottoscrizione del finanziamento goda di buona salute e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitino di trattamento medico regolare e continuato;
d) sia residente in Italia.

Salvo il caso di dolo, qualora risulti che l'Assicurato abbia stipulato il presente contratto pur non essendo in possesso dei

requisiti di assicurabilità, l'Impresa si impegna alla restituzione all'Assicurato del corrispondente importo totale di Premio versato.

Art. 10 – COMUNICAZIONI
Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato, con riferimento al presente contratto, dovranno essere fatte per iscritto.
Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte dell'Impresa saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto.

Art. 11 – RICORSO ALL'ARBITRATO
In caso di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità e/o la quantificazione dell'Indennizzo relativamente a Sinistri di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero, ciascuna delle parti può devolvere la risoluzione della vertenza a uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.
In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.
Resta sin d'ora inteso che la città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 12 – ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico abilitato all'esercizio della professione in Italia.

Art. 13 – DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Dopo ogni sinistro, fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato o l'Impresa possono recedere dalla copertura.
Detto recesso può avvenire mediante inoltro di una comunicazione a mezzo raccomandata AR o p.e.c. dalla parte recedente all'altra, con preavviso di 30 giorni.
In tutti i casi, l'Impresa provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso a seguito di sinistro.

Art. 14 – RECESSO DELL'ASSICURATO
L'Assicurato può recedere dal Contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, ma deve comunicarlo con raccomandata A/R o Pec all'Impresa. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24,00 del giorno di spedizione della raccomandata AR.
In caso di recesso la copertura assicurativa cesserà dalle ore 24,00 del giorno di spedizione della comunicazione. Il recesso comporterà, da parte dell'Impresa, il rimborso del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione.
Qualora la durata della copertura assicurativa sia superiore ai 5 anni, l'Assicurato, decorsi i 5 anni di durata, può inoltre recedere annualmente dall'Assicurazione, senza oneri, con preavviso di 60 (sessanta) giorni inoltrato con raccomandata A/R o Pec, con diritto alla restituzione delle annualità di Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di Legge.
Qualora l'Assicurato scelga una durata contrattuale poliennale, beneficerà di uno sconto sul premio rispetto all'analoga copertura annuale pari al 5%. Pertanto, in base al disposto dell'art. 1899 Codice Civile, l'Assicurato stesso non potrà disdire il contratto prima della scadenza quinquennale.

Art. 15 – ESTINZIONE ANTICIPATA TOTALE E/O PARZIALE E TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO
Nel caso in cui l'Assicurato comunichi all'Impresa che il finanziamento è stato estinto totalmente ed anticipatamente rispetto alla data di scadenza oppure lo stesso è stato trasferito ad altra finanziaria o istituto di credito, l'Impresa, a seguito dell'invio – da parte dell'Assicurato – di copia della documentazione giustificativa (in caso di estinzione: lettera di richiesta di estinzione, copia bonifico pagamento ultima rata e lettera di ricezione bonifico e nulla osta all'estinzione da parte della finanziaria; in caso di trasferimento: atto di surrogazione stipulato in forma di atto pubblico o di scrittura privata con la nuova finanziaria), provvede entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra al rimborso all'Assicurato della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
Il rimborso, al netto delle imposte, verrà calcolato in funzione degli anni e della frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura (periodo di premio non goduto). **Dal rimborso verrà trattenuta la somma di € 150,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del premio.**
Su specifica richiesta scritta dell'Assicurato, in alternativa al rimborso di cui ai commi precedenti, l'Impresa ha facoltà di mantenere operativa l'Assicurazione medesima (eccezion fatta per la garanzia "Perdita d'impiego") fino alla data di scadenza originaria del finanziamento; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di trasferimento del finanziamento.
Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa, con decorrenza dalle ore 24.00 della data di estinzione parziale del Finanziamento, il rimborso della quota parte di Premio, **al netto delle imposte e della somma di € 150,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del premio**, relativa alla quota parte capitale originariamente finanziato ed estinto e quindi non più esposto al rischio assicurato. In questo caso, tutte le coperture assicurative proseguono a copertura dell'importo di finanziamento residuo.

Art. 16 – DISTRUZIONE, ALIENAZIONE, DEMOLIZIONE, ROTTAMAZIONE OD ESPORTAZIONE DEFINITIVA, FURTO/RAPINA DEL VEICOLO OGGETTO DEL FINANZIAMENTO
In caso di distruzione, demolizione, rottamazione od esportazione definitiva, furto/rapina del veicolo oggetto del Finanziamento, l'Impresa a seguito dell'invio da parte dell'Assicurato della seguente documentazione:

- in caso di distruzione o esportazione definitiva del veicolo, l'attestazione del PRA certificante la restituzione della carta di circolazione e della targa di immatricolazione;

- in caso di demolizione o rottamazione, copia del certificato di cui all'art. 46, comma 4, del DLGS 5/2/1997 n. 22, rilasciato da un Centro di raccolta autorizzato ovvero da un concessionario o succursale di casa costruttrice ed attestante l'avvenuta consegna del veicolo per la demolizione o rottamazione.
- in caso di furto/rapina copia della denuncia presentata all'Autorità di pubblica sicurezza;

considerando il contratto cessato, provvede al rimborso all'Assicurato della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. Il rimborso, al netto delle imposte di Legge, verrà calcolato in funzione degli anni e della frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura (periodo di premio non goduto). **Dal rimborso verrà trattenuta la somma di Euro 150,00 a titolo di spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del premio.**

Su specifica richiesta scritta dell'Assicurato, in alternativa al rimborso di cui ai commi precedenti, l'Impresa ha facoltà di mantenere operativa l'Assicurazione medesima (eccezion fatta per la garanzia "Perdita d'impiego") fino alla data di scadenza originaria del finanziamento; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa contestualmente all'operazione di estinzione anticipata oppure di trasferimento del finanziamento.

Art. 17 – PRESCRIZIONE DEI DIRITTI

Ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato derivanti dal presente contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 2 capitoli principali (*Infortuni – Perdite pecuniarie*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA

Art. 18 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Assicurazione è operante per gli eventi che colpiscano il Lavoratore Assicurato (meglio definito nel Glossario attraverso l'individuazione delle **Tipologie A-B-C) durante il periodo di validità del presente contratto.**

Garanzie prestate:

1. **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (vedi Glossario per la definizione)** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Lavoratore Autonomo (Tipologia A) o Lavoratore Dipendente Pubblico (Tipologia C); vedi art. 22 per l'ampiezza della garanzia.

2. **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia (vedi Glossario per la definizione)** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Non Lavoratore (così come definito nel Glossario); vedi art. 22 per l'ampiezza della garanzia.

3. **Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia (vedi Glossario per la definizione)** – garanzia operante per i Lavoratori Assicurati appartenenti a tutte le tre tipologie.

4. L'Impresa in caso di Invalidità Permanente derivante da una malattia insorta e manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e comunque non oltre la data della sua cessazione, riconosce un'indennità calcolandola sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali di "Invalidità Permanente":

Fasce	Percentuale di "Invalidità Permanente" (vedi Tabella INAIL)	
	Accertata	Da liquidare
A	Da 0% a 65%	0%
B	Da 66% a 100%	100%

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 66 % della totale.

5. **Morte da infortunio** - garanzia operante per i Lavoratori Assicurati appartenenti a tutte le tre tipologie.
L'Impresa, in caso di Morte improvvisa sopravvenuta a seguito di infortunio verificatosi durante il periodo della copertura assicurativa, liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.
L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte - se superiore - e quella già pagata per invalidità permanente.

Art. 19 – VARIAZIONE DELLA POSIZIONE LAVORATIVA
La Tipologia lavorativa dell'Assicurato mutata durante il periodo di validità dell'Assicurazione, dovrà essere comunicata all'Impresa a mezzo raccomandata AR entro 30 giorni dal cambiamento. In caso di Sinistro le garanzie operanti saranno quelle corrispondenti alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro medesimo.
In caso di mancata comunicazione di detta modifica, essendo la tipologia d'impiego un elemento essenziale per la stipula del contratto e la determinazione del premio, l'Impresa si riserva la facoltà di respingere ogni richiesta d'indennizzo.

Art. 20 – CESSIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO – CESSIONE DEI DIRITTI
L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente contratto, fatto salvo quanto previsto con apposita pattuizione contrattuale.

Art. 21 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO 1

INFORTUNI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati da:

a) eventi accaduti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e loro séguiti o conseguenze;
b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;

c) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche (anche di pura regolarità) e nelle relative prove;
d) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
e) incidente di volo su qualsiasi aeromobile o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
f) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere, sport estremi e trekking effettuato oltre i 3000 mt s.l.m.;
g) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
h) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
i) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti popolari e ogni altro evento socio politico;
j) guerra anche non dichiarata, guerra civile, insurrezioni e atti di terrorismo;
k) 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.);
l) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
m) qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

MALATTIA

Sono esclusi dall'Assicurazione gli eventi conseguenti a malattie:

a) che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e, comunque, già note in quel momento all'Assicurato in quanto già manifestatesi e/o diagnosticate a tale data;
b) da intossicazioni causate da:
a. abuso di alcolici;
b. uso di allucinogeni;
c. uso di psicofarmaci o stupefacenti a meno che sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
c) derivanti da sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
d) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
e) derivanti da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
f) derivanti 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.).

Non sono inoltre considerati Malattia:

g) il mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
h) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi;
i) l'infertilità, l'impotenza e la sterilità;
j) il parto e l'aborto volontario non terapeutico.

Sono comunque escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:

a) preesistenti alla data di effetto del presente contratto;
b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
c) da intossicazioni causate da:
a. abuso di alcolici;
b. uso di allucinogeni;
c. uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
d) derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
e) da malattie mentali, disturbi psichici in genere e da nevrosi;
f) da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
g) da guerre ed insurrezioni, nonché quelle - dirette o indirette - derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).

Art. 22 – INDENNIZZO – LIMITE DI INDENNIZZO

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia (vedi art. 23), l'Impresa corrisponderà, per ciascun successivo periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale, un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00.

In nessun caso, l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato:

a) un Indennizzo mensile di importo maggiore di € 2.000,00 anche in caso di più polizze esistenti in capo al medesimo Assicurato;
b) più di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e più di 24 Indennizzi mensili complessivamente per l'intera durata dell'Assicurazione.

Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia (vedi art. 23), l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 500,00.
Successivamente, qualora il ricovero perduri per almeno altri 30 giorni consecutivi, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00.
In nessun caso, l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato:

c) un Indennizzo mensile di importo maggiore di € 2.000,00 anche in caso di più polizze esistenti in capo al medesimo Assicurato;
d) più di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e più di 24 Indennizzi mensili complessivamente per l'intera durata dell'Assicurazione.

Invalidità permanente da Infortunio o Malattia

Nel caso si concretizzi in capo all'Assicurato una Invalidità permanente e detta Invalidità risulti avere un grado pari o superiore al 66% (vedi tabella art. 18), l'Impresa corrisponderà un indennizzo pari all'importo finanziato risultante dalla Scheda di polizza al netto delle rate di finanziamento già corrisposte dall'Assicurato all'Ente finanziatore.

Morte da Infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato deceda, l'Impresa corrisponderà agli Eredi legittimi un indennizzo pari all'importo finanziato risultante dalla Scheda di polizza al netto delle rate di finanziamento già corrisposte dall'Assicurato all'Ente finanziatore.

Art. 23 – PERIODO DI FRANCHIGIA – PERIODO DI CARENZA

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Periodo di Franchigia pari a 60 giorni.
Periodo di Carenza pari a 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Periodo di Franchigia pari a 7 giorni.
Periodo di Carenza pari a 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 66% in base alla Tabella INAIL.
Periodo di Carenza pari a 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

Art. 24 – DENUNCE SUCCESSIVE

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi.

Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 30 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 180 giorni consecutivi.

CAPITOLO 2 – PERDITE PECUNIARIE

Art. 25 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante per gli eventi che colpiscano il Lavoratore Assicurato (meglio definito nel Glossario attraverso l'individuazione delle **Tipologie A-B-C) durante il periodo di validità del presente contratto.**

Garanzie prestate:

1. **Perdita di Impiego** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile Lavoratore Dipendente Privato (Tipologia B);

Art. 26 – VARIAZIONE DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

La Tipologia lavorativa dell'Assicurato mutata durante il periodo di validità dell'Assicurazione, dovrà essere comunicata all'Impresa a mezzo raccomandata AR entro 30 giorni dal cambiamento. In caso di Sinistro le garanzie operanti saranno quelle corrispondenti alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro medesimo.
In caso di mancata comunicazione di detta modifica, essendo la tipologia d'impiego un elemento essenziale per la stipula del contratto e la determinazione del premio, l'Impresa si riserva la facoltà di respingere ogni richiesta d'indennizzo.

Art. 27 – CESSIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal presente contratto, fatto salvo quanto previsto con apposita pattuizione contrattuale.

Art. 28 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO 2
Sono esclusi dall'Assicurazione i dipendenti pubblici e i casi di Disoccupazione derivante da:

a) **dimissioni;**
b) **licenziamento dovuto a "giusta causa";**
c) **licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;**
d) **licenziamento tra parenti e affini, anche ascendenti o discendenti;**
e) **licenziamento a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";**
f) **risoluzione del rapporto di lavoro consensuale, anche nel caso in cui sia avvenuta a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;**
g) **messa in "mobilità" del Lavoratore Dipendente Privato che, nell'arco del periodo di "mobilità" stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia.**

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione i casi di Disoccupazione quando:

h) **alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
i) **l'Assicurato non prestava la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;**
j) **la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto";**
k) **l'Assicurato non sia iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di "mobilità";**
l) **l'Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia;**
m) **l'Assicurato svolga la propria normale, usuale e continuativa Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;**
n) **alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato risulta essere pensionato o studente.**

Art. 29 – INDENNIZZO – LIMITE DI INDENNIZZO
Qualora la Disoccupazione perduri oltre il Periodo di Franchigia, l'Impresa corrisponderà, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione successivi al termine del Periodo di Franchigia, un Indennizzo mensile di importo pari alla Rata Mensile Assicurata, con il massimo di € 2.000,00.
In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato:

a) un Indennizzo mensile di importo maggiore di € 2.000,00 anche in caso di più polizze esistenti in capo al medesimo Assicurato;
b) più di 12 Indennizzi mensili per Sinistro e più di 24 Indennizzi mensili complessivamente per l'intera durata dell'Assicurazione.

Art. 30 – PERIODO DI FRANCHIGIA – PERIODO DI CARENZA
Periodo di Franchigia pari a 60 giorni.
Periodo di Carenza pari a 180 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione.

Art. 31 – DENUNCE SUCCESSIVE
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 180 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita di Impiego se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente di Ente Privato ed abbia superato il periodo di prova.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 32 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono farne denuncia all'Impresa nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre 30 giorni dalla data di accadimento del Sinistro stesso, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

Alla denuncia di Sinistro deve essere allegata la copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita e la seguente documentazione:

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

a) certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di ricovero in ospedale;
b) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
c) referti degli esami strumentali, diagnostici e di laboratorio, attestanti il quadro clinico dell'Assicurato.

Perdita di Impiego

a) copia del contratto di lavoro, avente data certa;
b) copia della lettera di licenziamento, completa delle motivazioni;
c) copia di un documento rilasciato dalla competente Autorità comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo stato di disoccupato, o alle liste di "mobilità" regionali;
d) attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione o di "mobilità".

Ricovero Ospedaliero

a) autocertificazione sullo stato di Non Lavoratore al momento del Sinistro;
b) certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica;
c) i successivi certificati di Ricovero in ospedale alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).
d) referti degli esami strumentali, diagnostici e di laboratorio, attestanti il quadro clinico dell'Assicurato.

Successivamente al pagamento di un Indennizzo per "Inabilità Temporanea Totale", per "Perdita d'impiego" o per "Ricovero Ospedaliero", qualora il Sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi (e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi) l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti ad inviare all'Impresa comunicazione, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, di continuazione del Sinistro entro 30 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del Sinistro.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire all'Impresa di svolgere, anche tramite persone di fiducia dell'Impresa stessa, le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegnano ad autorizzare il medico curante o il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'Assicurazione.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico abilitato all'esercizio della professione in Italia.

L'Assicurato deve fornire all'Impresa tutte le informazioni e i documenti necessari per l'accertamento del danno.

Invalidità Permanente

In caso di sinistro, l'Assicurato, consapevole che l'inadempimento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, deve presentare all'Impresa:

- denuncia scritta della malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata;
- le attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora l'assicurazione prestata con il presente contratto pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché, la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra sei ed i diciotto mesi dalla data di denuncia della malattia.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Morte da infortunio

a) certificato di morte attestante il decesso dell'Assicurato;
b) documentazione medico sanitaria attestante le ragioni del decesso.

Art. 33 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

L'Impresa provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'Indennizzo stesso. Presupposto di tale accordo è la ricezione da parte dell'Impresa di tutta la documentazione necessaria alla corretta e completa istruzione del sinistro.
(Condizione relativa all'Invalidità Permanente)
Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità che risulti dovuta e ne dà comunicazione all'Assicurato. Avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.
Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.
Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata ufficialmente offerta o liquidata in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.
L'indennità viene corrisposta in Italia, in valuta corrente in Italia.

Per eventuali reclami scrivere a:
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB - fax 039/6890432 - reclami@nobis.it

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

L'assicurato, in presenza dei requisiti previsti dalla vigente normativa, potranno richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Richiedi le tue credenziali" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.
Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa invia una e-mail all'indirizzo registrato con la login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.
L'accesso all'area riservata da diritto, alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:
a) le coperture assicurative in essere;
b) le condizioni contrattuali sottoscritte;
c) lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.
In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.9890.714.

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

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

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

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

Art. 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 risoluto 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. 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 *Obbligatoria*, 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. 38 bis del Regolamento Ivass 35./2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. **Modalità di trattamento**

I dati sono oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.
La Compagnia garantisce la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati personali raccolti, la non visibilità e la non accessibilità da alcuna area pubblica di accesso.
Il trattamento è svolto in forma automatizzata e/o manuale, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza alla sicurezza del trattamento come previsto dall'Art. 32 del GDPR.
La Compagnia predispone misure organizzative e tecnologiche idonee affinché questa politica sia seguita all'interno della società al fine di proteggere i dati personali raccolti.
I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

5. **Profilazione**

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

6. **Comunicazione e diffusione dei dati**

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

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

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. **Periodo di conservazione**

I dati personali raccolti sono inseriti nel database aziendale e conservati per il per il periodo di tempo consentito, o imposto, dalle normative applicabili nella gestione del rapporto contrattuale e per il tempo necessario ad assicurare la tutela legale, a lei ed al Titolare al termine del quale saranno cancellati o resi anonimi entro i tempi stabiliti dalla norma di legge.
Qualora intervenga la revoca del consenso al trattamento specifico da parte dell'interessato, i dati verranno cancellati o resi anonimi entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della revoca.

8. **Diritti dell'interessato**

L'interessato può far valere i diritti previsti dall'Art. 15 (diritto di accesso dell'interessato), dall'Art. 16 (diritto di rettifica), dall'Art. 17 (diritto alla cancellazione, "diritto all'oblio"), dall'Art. 18 (diritto di limitazione di trattamento), dall'Art. 20 (diritto alla portabilità dei dati) e dall'Art. 21 (diritto di opposizione) del Regolamento 2016/679, rivolgendosi mediante lettera RR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.
L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente e seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.

Notes

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:
Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)
T + 39 039.9890001
F + 39 039 9890694
info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 1 febbraio 2020

Set Informativo Credito Protetto - modello CPN.2017.001-2019.001 - aggiornamento 10.02.2020