



Nobis Compagnia di Assicurazioni

Contratto di Assicurazione per i danni connessi ad Infortunio del Conducente

Circolazione Serena

Set Informativo

EDIZIONE: Dicembre 2018

VERSIONE: 001.12.2018

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

GRUPPO NOBIS



GLOSSARIO

Ai seguenti termini (definizioni), che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assicuratore/ Compagnia/Società/ Impresa

Nobis Compagnia di Assicurazione –via Lanzo 29, 10070 Borgaro Torinese (TO) – P.I. 09834040017

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.

Franchigia

La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dannoso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili. Sono considerati infortunio anche l'asfissia non di origine morbosa, l'annegamento, l'assideramento od il congelamento, i colpi di sole e di calore, gli stati di malore o di incoscienza.

Intermediario

Il soggetto – persona fisica o giuridica – iscritto al Registro Unico degli Intermediari che svolge attività di intermediazione assicurativa.

Invalidità Permanente

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

Massimale / Capitale assicurato

Somma fino alla cui concorrenza l'Impresa presta le coperture assicurative previste in Polizza.

Modulo di polizza

Il documento dal quale si evince il Contraente della Polizza, il Veicolo Assicurato e l'accettazione all'Assicurazione.

Morte

Evento letale che, sussistendo le condizioni contrattuali, impone all'impresa di liquidare agli aventi diritto indennità assicurata.

Morte presunta

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

Parti

Assicurato, Contraente, Compagnia di Assicurazione.

Polizza

Il presente documento, complessivamente considerato, che prova l'Assicurazione e regola i rapporti fra le Parti.

Premio

La somma di denaro, comprensiva di imposte ed eventuali provvigioni all'Intermediario di Assicurazione, dovuto dal Contraente all'Impresa quale corrispettivo per la copertura assicurativa prestata.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Ricovero

La degenza, risultante da cartella clinica, che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura, regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Scoperto

L'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato

Sinistro

Evento dannoso, per cui è prestata l'Assicurazione e al cui verificarsi viene corrisposto l'Indennizzo.

Veicolo

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

- le autovetture ad uso privato o ad uso promiscuo;
- gli autocarri di peso inferiore a 60 q.li oppure superiore a 60 q.li in relazione all'opzione prescelta.

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



1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

Art. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

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 articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è tenuto a comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma dell'articolo 1910 del Codice Civile. La mancata comunicazione, anche se colposa, comporterà il diritto dell'Impresa a negare la liquidazione del danno e della relativa indennità.

Art. 3 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 5 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile.

Art. 6 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile. Il pagamento del Premio va eseguito presso l'Agenzia o l'Ufficio cui è assegnata la polizza ovvero presso la sede della Compagnia di Assicurazione.

Art. 7 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, la polizza è prorogata di un anno e così successivamente. Per i casi in cui la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto

Art. 8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o l'Impresa possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tal caso l'Impresa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione vale in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino e tutti i paese indicati nella carta verde del Veicolo stesso.

Art. 10 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali e tutti gli oneri stabiliti per legge relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge ed i regolamenti vigenti.

Art 12. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia, alle condizioni previste in polizza, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati in polizza, al verificarsi di un infortunio – anche se dovuto ad imperizia, imprudenza o negligenza gravi, oppure a stato di malore o di incoscienza - che gli Assicurati abbiano a subire nella loro qualità di Conducenti dei Veicoli identificati in polizza.

OPZIONE A: Autovetture o autocarri di peso inferiore a 60 q.li;

OPZIONE B: Autocarri di peso superiore a 60 q.li.

La garanzia è operante dal momento in cui gli Assicurati salgono a bordo di un mezzo di locomozione sino a quello in cui ne discendono.

La garanzia vale anche per gli infortuni subiti mentre gli Assicurati sono impegnati, in caso di fermata del Veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per la rimozione del Veicolo stesso.

Art. 13 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
2. da guerre, azioni di terrorismo ed insurrezioni nonché tumulti popolari e calamità naturali (movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, trombe d'aria ed uragani);
3. da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché da atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
4. da stato di intossicazione acuta di sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti – farmaci) nonché quelli derivanti da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
5. dalla guida od uso di qualsiasi natante nonché di qualsiasi veicolo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione nonché dalla guida di aeromobili e dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio nonché dall'uso (anche come passeggero) di ultraleggeri, deltaplani, parapendii e simili ed inoltre dalla guida ed uso di mezzi subacquei e salto dal trampolino con idroski;
6. dalla partecipazione a competizioni sportive ed alle relative prove;
7. in occasione di operazioni di carico e scarico nonché in occasione di trasporto non effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della carta di circolazione.

Art. 14 LIMITI DI ETÀ E PERSONE NON ASSICURABILI

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

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

Art. 15 GARANZIE PRESTATE

Art. 15.1 INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo è calcolato con riferimento alla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali riepilogate nella sottoindicata tabella:

| Perdita, anatomica o funzionale di: | | Destro | Sinistro |
|---|---|-------------------------|----------|
| | un arto superiore | 70% | 60% |
| | una mano o un avambraccio | 60% | 50% |
| | un pollice | 18% | 16% |
| | un indice | 14% | 12% |
| | un medio | 8% | 6% |
| | un anulare | 8% | 6% |
| | un mignolo | 12% | 10% |
| | una falange ungueale del pollice | 9% | 8% |
| | una falange di altro dito della mano | 1/3 del valore del dito | |
| Anchilosi: | | | |
| | di una falange di altro dito della mano | 1/3 del valore del dito | |
| | della scapola omerale con arto in posizione favorevole con immobilità della scapola | 25% | 20% |
| | del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono- supinazione libera | 20% | 15% |
| | del polso in estensione rettilinea con prono - supinazione libera | 10% | 8% |
| Paralisi completa: | | | |
| | del nervo radiale | 35% | 30% |
| | del nervo ulnare | 20% | 17% |
| Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore: | | | |
| | al di sopra della metà della coscia | 70% | |

| | | |
|---|--|------|
| | al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio | 60% |
| | al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba | 50% |
| Perdita anatomica o funzionale di: | | |
| | un piede | 40% |
| | ambidue i piedi | 100% |
| | un alluce | 5% |
| | un dito del piede diverso dall'alluce | 1% |
| | falange ungueale dell'alluce | 2,5% |
| Anchilosi: | | |
| | dell'anca in posizione favorevole | 35% |
| | del ginocchio in estensione | 25% |
| | della tibia – tarsica ad angolo retto | 10% |
| | della tibia – tarsica con anchilosi della sotto astragalica | 15% |
| Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno: | | |
| | | 15% |
| Esiti di frattura scomposta di una costa: | | |
| | | 11% |
| Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di: | | |
| | una vertebra cervicale | 12% |
| | una vertebra dorsale | 5% |
| | 12esima dorsale | 10% |
| | una vertebra lombare | 10% |
| Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo: | | |
| | | 2% |
| Esiti di frattura del sacro: | | |
| | | 3% |
| Esiti di frattura del coccige con callo deforme: | | |
| | | 5% |
| Perdita totale, anatomica o funzionale di: | | |
| | un occhio | 25% |
| | ambidue gli occhi | 100% |
| Sordità completa di: | | |
| | un orecchio | 10% |
| | ambidue gli orecchi | 40% |
| Stenosi nasale assoluta: | | |
| | monolaterale | 4% |
| | bilaterale | 10% |
| Perdita anatomica di: | | |
| | un rene | 15% |
| | della milza senza compromissioni significative della crasi ematica | 8% |

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

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

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

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

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

dell'Assicurato.

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

Art. 15.2 FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

La somma assicurata per Invalidità Permanente da infortunio è soggetta, per ciascun sinistro, ad una franchigia assoluta di 3 punti percentuali della totale per i conducenti di autovetture, e di 5 punti percentuali per gli autocarri. Pertanto l'Impresa non liquida alcun indennizzo quando l'Invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale per le autovetture; e di grado pari od inferiore al 5% per gli autocarri, se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Art. 15.3 MORTE E MORTE PRESUNTA

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

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

Art 15.4 RIMBORSO SPESE DI CURA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio", le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti diagnostici:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio: TAC, ecografia, doppler, holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia nel limite del 20% della somma assicurata;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti da infortunio denunciato;
- i) per il trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di Euro 150,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Il rimborso viene effettuato dall'Impresa a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati.

Il rimborso delle spese è condizionato alla presentazione da parte del Contraente di apposita domanda, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 16 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi per esso, deve darne avviso scritto all'agenzia/ufficio alla quale è assegnata la Polizza, oppure alla Compagnia entro 5 (cinque) giorni da quando l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto la possibilità.

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

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

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

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

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

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

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

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

Art. 17 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO – PERIZIA CONTRATTUALE

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

Le eventuali controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio possono essere demandate, d'intesa fra le parti, ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo Medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio, in base al luogo di riunione del Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri periti nel verbale definitivo.

Art.18 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, l'Impresa, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvederà al pagamento dello stesso. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia. Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero avviene alle seguenti condizioni:

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

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

Art. 19 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

GESTIONE DEI RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

Il contraente e 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:

- le coperture assicurative in essere;
- le condizioni contrattuali sottoscritte;
- 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.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL CAPO III – SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E DELLA NORMATIVA ITALIANA DI RIFERIMENTO

Nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione di dati personali, La informiamo che Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia") intende trattare dati personali che La riguardano, nell'ambito delle attività a Lei prestata dalla Compagnia.

1. Titolarità e contatti

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). E' possibile contattare i responsabili dei trattamenti e il responsabile della protezione dati (DPO) presso la Direzione Risorse Umane, viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza.

2. Trattamenti e finalità

I dati personali, con riferimento anche a dati di natura particolare (c.d. sensibili) definiti tali ai sensi della normativa vigente, forniti o acquisiti, saranno utilizzati per: 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 personali 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; 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 personali 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; 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; 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.

3. Profilazione

Le attività di profilazione, definite tali ai sensi dell'art.4 del reg. UE 2017/679 svolte sono unicamente asservite alla esecuzione dei trattamenti attinenti le pratiche assicurative di cui al punto (a) del paragrafo 2 nonchè rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti di cui al punto (c) e all'esecuzione di attività di contatto per promuovere offerte di prodotti della Compagnia di cui al punto (d) del paragrafo 2.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti. 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 autocarrozzerie, 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.

5. Tipologia dei dati trattati, localizzazione dei dati e dei trattamenti, periodo di conservazione dei dati

In relazione alle finalità descritte, l'utilizzo dei dati personali è limitato ai soli dati necessari alla conclusione e gestione dei trattamenti

previsti con la presente informativa. I trattamenti avvengono mediante elaborazioni manuali e strumenti elettronici o comunque automatizzati, secondo logiche di elaborazione e conservazione strettamente correlate alle finalità stesse o dettate da leggi e disposizioni delle Autorità e, comunque, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali contro i rischi di accesso e divulgazione impropri nonché la loro distruzione al cessare della finalità, fatti salvi eventuali obblighi di conservazione derivanti da indicazioni normative o delle Autorità. 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.

6. Diritti dell'interessato

L'interessato, in relazione ai predetti trattamenti, può esercitare i diritti di accesso, revoca, rettifica, cancellazione (oblio), limitazione, portabilità, opposizione con riferimento alla vigente normativa in materia di privacy. Per l'esercizio dei diritti sopracitati l'interessato potrà rivolgersi, mediante raccomandata AR 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.

Set Informativo Circolazione Serena (SICS – 001122018) – Ultimo aggiornamento 01.12.2018