



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE

PROTEZIONE COVID

MODELLO PROTCOV.2020-2020.001 – EDIZIONE 01.05.2020

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

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Protezione Covid



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?

Il contratto presenta una serie di garanzie predisposte per far fronte ai rischi specifici connessi al Covid-19 in relazione allo svolgimento dell'attività svolta dal Contraente e di assicurarli per le responsabilità previste dalle norme vigenti.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ Responsabilità Civile verso terzi (RCT)

L'assicurazione è prestata entro i limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione per la Responsabilità Civile derivante al Contraente ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi per morte in conseguenza di contagio diretto ed esclusivo da Covid-19.

Ai fini dell'operatività della copertura, la responsabilità del Contraente in relazione a detto contagio deve essere accertata giudizialmente, attraverso una Sentenza emessa dalla Magistratura italiana e per la quale siano decorsi tutti i termini di impugnazione (i.e. Sentenza passata in giudicato).

✓ Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro (RCO)

L'Impresa si obbliga a tenere indenne il Contraente/Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per gli infortuni (escluse le malattie professionali), derivanti esclusivamente da contagio da Covid-19, sofferti in occasione di lavoro o di servizio dai propri Prestatori di Lavoro, e che abbiano determinato un infortunio e/o la morte di questi.

Ai fini dell'operatività della copertura, la responsabilità del Contraente/Assicurato in relazione a detto contagio deve essere accertata giudizialmente, attraverso una Sentenza emessa dalla Magistratura italiana e per la quale siano decorsi tutti i termini di impugnazione (i.e. Sentenza passata in giudicato).

L'assicurazione RCO è efficace alla condizione che al momento del sinistro il Contraente/Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge, oppure abbia, in buona fede, errato nell'interpretazione delle relative norme vigenti

L'assicurazione RCO vale anche per le azioni di rivalsa esperite:

- dall'INAIL ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modificazioni, nonché per gli effetti del D. Lgs. n. 38 del 23.02.2020;
- dall'INPS ai sensi dell'art.14 della legge 12 giugno 1984 n. 222 e successive modifiche.

Limitatamente alle azioni di rivalsa esperite da I.N.A.I.L. e/o dall' I.N.P.S., i titolari, i familiari coadiuvanti, gli associati in partecipazione ed i soci dell'Assicurato sono equiparati ai "Prestatori di lavoro".

Questa garanzia è prestata con l'applicazione di una Franchigia assoluta, sempre operante, di € 5.000,00.

✓ Invalidità Permanente da Malattia (IPM)

Nei casi di malattia - derivante in maniera diretta ed esclusiva da contagio da Covid-19 - insorti dopo la stipulazione del presente contratto, si intende per Invalidità Permanente da Malattia la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia denunciata (i.e. Covid-19), considerando la misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti la perdita o la diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente da malattia accertata sia di grado pari o inferiore al 15% della totale.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Resta espressamente inteso che non potranno acquisire la qualifica di Contraenti i soggetti operanti nel settore medico-sanitario o, in ogni caso, adibito ad attività afferenti al predetto settore medico-sanitario, i soggetti operanti nel settore dei servizi della Protezione Civile, delle farmacie, delle Forze Armate, della Pubblica Sicurezza e del volontariato di qualsiasi genere, nonché i soggetti operanti l'attività di recupero e/o soccorso e/o trasporto di malati e/o di personale medico e paramedico attraverso qualsiasi mezzo, comprese le ambulanze, i mezzi di soccorso, le auto mediche e simili.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Per la RCT sono esclusi i danni:

- ! derivanti da responsabilità volontariamente assunte dal Contraente/Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- ! derivanti da responsabilità non accertate giudizialmente;
- ! derivanti da responsabilità che, ancorché oggetto di giudizio, non risultino da Sentenza passata in giudicato;
- ! derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle attività di adeguamento alle prescrizioni normative e/o regolamentari e/o alle prescrizioni istituzionali, tempo per tempo vigenti, in ordine al contenimento e alla repressione del contagio;
- ! patiti da soggetti diversi da quelli risultanti a Libro paga, in conseguenza della stipula di un contratto di lavoro subordinato e per i quali il Contraente/Assicurato abbia regolarmente adempiuto a tutti gli obblighi di legge, anche contributivi;
- ! conseguenti a contagio o atto terroristico dell'aria, dell'acqua o del suolo.

Per la RCO sono esclusi i danni:

- ! derivanti da responsabilità volontariamente assunte dal Contraente/Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- ! derivanti da responsabilità non accertate giudizialmente;
- ! derivanti da responsabilità che, ancorché oggetto di giudizio, non risultino da Sentenza passata in giudicato;
- ! derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle attività di adeguamento alle prescrizioni normative e/o regolamentari e/o alle prescrizioni istituzionali, tempo per tempo vigenti, in ordine al contenimento e alla repressione del contagio;
- ! derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle prescrizioni normative in tema di sicurezza e salubrità dei luoghi di lavoro;
- ! conseguenti a contagio o atto terroristico dell'aria, dell'acqua o del suolo.

Per la IPM sono esclusi i danni:

- ! derivanti da responsabilità volontariamente assunte dal Contraente e/o dall'Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- ! derivanti da responsabilità non accertate giudizialmente;
- ! derivanti da responsabilità che, ancorché oggetto di giudizio, non risultino da Sentenza passata in giudicato;
- ! derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle attività di adeguamento alle prescrizioni normative e/o regolamentari e/o alle prescrizioni istituzionali, tempo per tempo vigenti, in ordine al contenimento e alla repressione del contagio;
- ! derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle prescrizioni normative in tema di sicurezza e salubrità dei luoghi di lavoro;
- ! conseguenti a malattia derivante da contagio diverso da quello di COVID-19.

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione ha validità esclusivamente nel territorio della Repubblica Italiana.

CHE OBBLIGHI HO?

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

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

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

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

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

Il premio è già comprensivo di imposte.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Il contratto 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. Il contratto ha validità fino al 31.12.2021 e, alla sua naturale scadenza è previsto il tacito rinnovo in mancanza di disdetta. Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il contratto si rinnova automaticamente per un anno alla sua naturale scadenza salvo disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita almeno 30 giorni prima della scadenza

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

ASSICURAZIONE PROTEZIONE COVID

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Protezione COVID

Versione n. 1 del maggio 2020 (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 esclusivamente alla giurisdizione italiana.



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alla Garanzia Invalidità Permanente da Malattia, Responsabilità Civile Terzi e Responsabilità Civile Prestatori di Lavoro non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Base Protezione Covid.
L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Protezione Covid.
---------------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Indicare l'opzione	Non sono previsti premi aggiuntivi per il prodotto Protezione Covid.
---------------------------	--



CHE COSA NON È ASSICURATO?

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

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

Per ogni singola garanzia indicata nel presente prodotto ed esplicitamente sottoscritta dal contraente sono previsti somme assicurabili (massimali), identificate nel dettaglio nella Scheda di polizza, i limiti ed eventuali franchigie o scoperti.

L'eventuale rivalsa, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dall'Impresa per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato.



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: la denuncia di sinistro dovrà essere effettuata contattando il numero verde 800.894153 oppure dall'estero il numero +39.039.9890724. La documentazione cartacea dovrà essere inviata al seguente recapito dedicato: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Sinistri, viale Gian Bartolomeo Colleoni 21, 20864 Agrate Brianza.
	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	Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il contraente/assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti in sede di preventivazione e le confermi con la sottoscrizione del contratto, o ometta di comunicare all'impresa ogni variazione significativa, tali circostanze potrebbero pregiudicare in forma totale o parziale il pagamento del danno (indennizzo) da parte dell'Impresa.
Obblighi dell'Impresa	L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignorati o ipotecari.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	Il contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento semestrale del premio, con relativa applicazione di un onere aggiuntivo del 3%. L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso. Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Non è prevista la possibilità di rimborso del premio.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	<p>Il contratto è stipulato con previsione di tacito rinnovo per un anno e così successivamente.</p> <p>Il contratto ha validità fino al 31.12.2021 ed alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita da una parte esclusivamente alla sede dell'altra almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.</p> <p>Il contratto 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.</p> <p>Se il contraente/assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.</p> <p>In ogni caso il pagamento tardivo della rata di premio non determinerà un'efficacia retroattiva della copertura che sarà attiva dalle ore 24 del giorno in cui verrà corrisposto quanto dovuto.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole;2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza;3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole;4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.
Risoluzione	<p>Ogni variazione al contratto sarà comunicata da parte dell'Impresa al contraente/assicurato, per tramite dell'Intermediario che ha in carico il contratto, entro 45 giorni dal rinnovo annuale del medesimo.</p> <p>L'assicurato, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio e/o la somma assicurata proposta per l'annualità successiva, avrà facoltà, previa lettera raccomandata AR all'Impresa spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, di risolvere il contratto.</p>



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alle Aziende operanti in settori diversi da quello medico e sanitario e affini.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del rischio assicurando e le garanzie prescelte.

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,42% e per il Ramo 13 (R.C. Generale) è pari al 23,15%.

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	<ul style="list-style-type: none">- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	2
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	2
Art. 2 – Pagamento del premio.....	2
Art. 3 – Inizio e termine della garanzia.....	2
Art. 4 – Durata del contratto – Tacito rinnovo.....	2
Art. 5 – Recesso in caso di sinistro.....	2
Art. 6 – Imposte e tasse.....	2
Art. 7 – Estensione territoriale.....	2
Art. 8 – Rivalsa.....	2
Art. 9 – Integrazione documentazione di denuncia del sinistro.....	2
Art. 10 – Individuazione dei soggetti che determinano l’attività della copertura.....	2
Art. 11 – Determinazione del premio – Premio alla firma – Premio minimo garantito.....	3
Art. 12 – Altre assicurazioni.....	3
Art. 13 – Operatività della copertura.....	3
Art. 14 – Massimali per il capitolo 1 e il capitolo 2.....	3
Art. 15 – Soggetti non contraenti.....	3
Art. 15 Bis – obblighi del Contraente.....	3
Art. 15 Ter – comunicazione dei dipendenti.....	3
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL’ASSICURAZIONE	4
Capitolo 1 – Responsabilità civile verso terzi/rct	4
Art. 16 – Oggetto dell’assicurazione.....	4
Art. 17 - Persone non considerate terzi.....	4
Art. 18 - Esclusioni e limiti specifici per il capitolo responsabilità civile verso terzi/rct.....	4
Capitolo 2 – Responsabilità civile verso prestatori di lavoro/rco	
<i>Operatività della garanzia subordinata alla comunicazione dei dati identificativi di tutti i dipendenti</i>	4
Art. 19 – Oggetto dell’assicurazione.....	4
Art. 20 – Esclusioni e limiti specifici per il capitolo responsabilità civile verso prestatori di lavoro/rco.....	4
Capitolo 3 – Invalidità permanente da malattia	
<i>Operatività della garanzia subordinata alla comunicazione dei dati identificativi di tutti i dipendenti</i>	5
Art. 21 – Invalidità permanente da malattia.....	5
Art. 22 – Oggetto dell’assicurazione i.P.M. “Generica”.....	5
Art. 23 – Criteri di valutazione.....	6
Art. 24 – Criteri di liquidazione.....	6
Art. 25 – Esclusioni e limiti specifici per il capitolo invalidità permanente da malattia.....	6
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	7
Art. 26 – Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro.....	7
Art. 27 – Cosa fare in caso di sinistro.....	7
APPENDICE NORMATIVA	8
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).....	10

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 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.

ASSICURAZIONE : il contratto di assicurazione.

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero sia, nel caso concreto:

- Capitolo 1: il Contraente
- Capitolo 2: il Contraente;
- Capitolo 3: i soggetti che determinano l'attivazione delle garanzie previste ai Capitoli 1 e 2.

CONTRAENTE: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio e/o di altri, ovvero sia, nel caso concreto, l'Azienda;

COVID-19: patologia comunemente denominata Coronavirus.

DANNO CORPORALE: la malattia e/o la morte;

EVENTO: il verificarsi del fatto dannoso che origina uno o più sinistri.

IMPRESA: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con Sede Legale a Borgaro Torinese alla via Lanzo n. 29 e Direzione Generale ad Agrate Brianza al viale Colleoni n. 21.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Impresa in caso di sinistro.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: la somma dovuta alla Impresa.

SINISTRO: la richiesta di risarcimento di danni per i quali è stata prestata l'assicurazione.

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione Protezione Covid Mod. PROTCOV.2020-2020.001 - Ultimo aggiornamento 01/05/2020

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

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Il Contraente/Assicurato è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente/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

Per aderire al presente contratto deve essere pagata la prima rata di premio prevista; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'Impresa che indicano la data del pagamento e recano la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il contratto 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/Assicurato non paga i premi, le rate di premio successivi e/o le appendici di regolazione, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

In ogni caso il pagamento tardivo della rata di premio o delle appendici di regolazione non determinerà un'efficacia retroattiva della copertura che sarà attiva dalle ore 24 del giorno in cui verrà corrisposto quanto dovuto.

Art. 3 - INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

Con riferimento al Capitolo 1 - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI e al Capitolo 2 - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO la copertura assicurativa vale esclusivamente per gli eventi accaduti durante il periodo di efficacia del presente contratto di assicurazione.

La garanzia non è operante per i fatti e/o le circostanze e/o i danni conseguenti a fatti già noti al Contraente/Assicurato all'inizio del periodo di assicurazione.

Art. 4 - DURATA DEL CONTRATTO - TACITO RINNOVO

Il contratto ha validità dalle ore 00.00 del giorno indicato nella Scheda di polizza e scade alle ore 24.00 del 31 dicembre 2021. Alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata AR o p.e.c. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un ulteriore anno e così successivamente.

Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato e sino al sessantesimo giorno da quello in cui l'indennizzo è stato pagato od il sinistro è stato altrimenti definito, il Contraente/Assicurato o l'Impresa possono recedere dal contratto.

Il recesso ha effetto:

- **nel caso di recesso del Contraente:** dalla data di invio della sua comunicazione;
- **nel caso di recesso dell'Impresa:** trascorsi 30 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente/Assicurato della comunicazione inviata dall'Impresa.

In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la quota parte di premio relativa al periodo di rischio assicurativo non corso, escluse soltanto le imposte.

Art. 6 - IMPOSTE E TASSE

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato.

Art. 7 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale esclusivamente per i casi assicurativi concretizzatisi nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 8 - RIVALSA

L'Impresa è surrogata, fino alla concorrenza della somma liquidata, in tutti i diritti ed azioni che il Contraente/Assicurato può avere nei confronti dei responsabili dei danni. Il Contraente/Assicurato si impegna a fornire tutti i documenti e le informazioni utili per consentire l'esercizio del diritto di rivalsa. L'Impresa rinuncia a rivalersi nei confronti della Contraente e dei suoi collaboratori e/o dipendenti.

Art. 9 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

Il Contraente/Assicurato prende atto e concede espressamente all'Impresa la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola garanzia/prestazione. La mancata produzione dei documenti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 10 - INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI CHE DETERMINANO L'ATTIVITA' DELLA COPERTURA

Il presente contratto di assicurazione opera esclusivamente in favore del Contraente e dell'Assicurato:

- quanto al Capitolo 1 ("*Responsabilità Civile verso Terzi - RCT*"), in relazione alle richieste di danni provenienti esclusivamente da soggetti Terzi verso il Contraente che provino di aver subito dei danni ascrivibili alla responsabilità di quest'ultimo;

- quanto al Capitolo 2 ("*Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro – RCO*"), in relazione alle richieste di danni provenienti:
 - o dalle persone fisiche, di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, il Contraente si avvalga nell'esercizio della attività dichiarata in polizza;
 - o dagli Istituti Previdenziali INPS ed INAIL;
 - o dagli aventi causa e/o eredi in caso di morte dei soggetti titolari di rapporto di lavoro subordinato con il Contraente (i.e. i Dipendenti) o che risultino avere con quest'ultimo un rapporto di lavoro classificabile all'interno di una delle seguenti fattispecie: *Stage*, *Collaborazione coordinata e continuativa (co.co.co)*, *Lavoro interinale*.
- quanto al Capitolo 3 ("*Invalità permanente da malattia*") in relazione alle richieste di danni provenienti dai soggetti indicati nel Capitolo 1 e nel Capitolo 2.

Art. 11 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO – PREMIO ALLA FIRMA – PREMIO MINIMO GARANTITO

Il premio relativo alla copertura assicurativa offerta con il presente contratto è stabilito in euro 44,00 (quarantaquattro/00), imposte comprese, per ciascun Dipendente del Contraente.

Al momento della sottoscrizione del presente contratto, il Contraente s'impegna a versare all'Impresa un importo pari a euro 500,00 (cinquecento/00) in un'unica rata oppure in due rate semestrali di pari importo.

Resta inteso che detto premio risulterà comunque acquisito dall'Impresa, a titolo di premio minimo garantito.

Il premio è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo nei dati presi come base per il conteggio dei premi, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

La differenza attiva, risultante dalla regolazione, deve essere pagata entro 30 giorni dalla data di emissione della relativa Appendice.

A tale scopo, a cadenza semestrale, il Contraente deve fornire per iscritto all'Impresa i dati previsti in polizza per il calcolo del premio (i.e. il numero dei propri Dipendenti / Collaboratori).

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od al pagamento della differenza attiva dovuta, le garanzie offerte con il presente contratto restano sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per l'Impresa di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata AR, la risoluzione del contratto.

Art. 12 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rischio descritto in polizza; in caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori (Art. 1910 C.C.), e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

Art. 13 – OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA

Si conviene che la copertura assicurativa si intende valida per tutte le sedi operative del Contraente.

Art. 14 – MASSIMALI PER IL CAPITOLO 1 E IL CAPITOLO 2

Il presente contratto opera nei limiti di euro 200.000,00 per sinistro e di euro 500.000,00 per l'intera durata del contratto (fino all'eventuale tacito rinnovo), indipendentemente dal numero di sinistri denunciati e/o dal numero di soggetti coinvolti.

Art. 15 – SOGGETTI NON CONTRAENTI

Resta espressamente inteso che non potranno acquisire la qualifica di Contraenti i soggetti operanti nel settore medico-sanitario o, in ogni caso, adibito ad attività afferenti al predetto settore medico-sanitario, i soggetti operanti nel settore dei servizi della Protezione Civile, delle farmacie, delle Forze Armate, della Pubblica Sicurezza e del volontariato di qualsiasi genere, nonché i soggetti operanti l'attività di recupero e/o soccorso e/o trasporto di malati e/o di personale medico e paramedico attraverso qualsiasi mezzo, comprese le ambulanze, i mezzi di soccorso, le auto mediche e simili.

Art. 15 Bis – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Resta espressamente inteso che sarà onere del Contraente consegnare a su supporto durevole una copia del Set Informativo. Il Contraente ha l'obbligo di consegnare tale documento in occasione della messa in copertura del Dipendente.

Art. 15 Ter – COMUNICAZIONE DEI DIPENDENTI

Il Contraente s'impegna a comunicare immediatamente all'Impresa i dati anagrafici e i recapiti di ciascun Dipendente, accedendo al sito dell'Impresa WWW.NOBI.IT.

Resta espressamente inteso che l'adesione alla presente copertura del Contraente deve comportare l'automatica adesione di tutti i Dipendenti, in forza presso il Contraente alla data della sottoscrizione del contratto.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 2 capitoli principali (*Responsabilità Civile verso Terzi/RCT – Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro /RCO*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI/RCT

Art. 16 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per la Responsabilità Civile derivante al Contraente/Assicurato ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi per morte in conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da Covid-19 avvenuto presso i locali nei quali si svolge l'attività lavorativa.

Ai fini dell'operatività della copertura, la responsabilità del Contraente in relazione a detto contagio deve essere accertata giudizialmente, attraverso una Sentenza emessa dalla Magistratura italiana e per la quale siano decorsi tutti i termini di impugnazione (*i.e.* Sentenza passata in giudicato).

Art. 17 – PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi:

- il coniuge, i genitori, i figli dei soggetti Titolari e/o detentori di quote e/o Amministratori del Contraente/Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- quando il Contraente/Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a);
- le persone che, essendo in rapporto di dipendenza (dipendenti e/o collaboratori e/o accompagnatori) con il Contraente/Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.

Art. 18 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER IL CAPITOLO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI/RCT

Sono esclusi i danni:

- a) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dal Contraente/Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- b) derivanti da responsabilità non accertate giudizialmente;
- c) derivanti da responsabilità che, ancorché oggetto di giudizio, non risultino da Sentenza passata in giudicato;
- d) derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle attività di adeguamento alle prescrizioni normative e/o regolamentari e/o alle prescrizioni istituzionali, tempo per tempo vigenti, in ordine al contenimento e alla repressione del contagio;
- e) patiti da soggetti diversi da quelli risultanti a Libro paga, in conseguenza della stipula di un contratto di lavoro subordinato e per i quali il Contraente/Assicurato abbia regolarmente adempiuto a tutti gli obblighi di legge, anche contributivi;
- f) conseguenti a contagio o atto terroristico dell'aria, dell'acqua o del suolo.

CAPITOLO 2 – RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI di LAVORO/RCO

OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA SUBORDINATA ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI DI TUTTI I DIPENDENTI

Art. 19 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa si obbliga a tenere indenne il Contraente/Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per gli infortuni (escluse le malattie professionali), derivanti esclusivamente da contagio da Covid-19, sofferti in occasione di lavoro o di servizio dai propri Prestatori di Lavoro, e che abbiano determinato un infortunio e/o la morte di questi.

Ai fini dell'operatività della copertura, la responsabilità del Contraente/Assicurato in relazione a detto contagio deve essere accertata giudizialmente, attraverso una Sentenza emessa dalla Magistratura italiana e per la quale siano decorsi tutti i termini di impugnazione (*i.e.* Sentenza passata in giudicato).

L'assicurazione RCO è efficace alla condizione che al momento del sinistro il Contraente/Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge, oppure abbia, in buona fede, errato nell' interpretazione delle relative norme vigenti.

L'assicurazione RCO vale anche per le azioni di rivalsa esperite:

- dall'INAIL ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modificazioni, nonché per gli effetti del D. Lgs. n. 38 del 23.02.2020;
- dall'INPS ai sensi dell'art.14 della legge 12 giugno 1984 n. 222 e successive modifiche.

Limitatamente alle azioni di rivalsa esperite da I.N.A.I.L. e/o dall' I.N.P.S., i titolari, i familiari coadiuvanti, gli associati in partecipazione ed i soci dell'Assicurato sono equiparati ai " Prestatori di lavoro".

Questa garanzia è prestata con l'applicazione di una Franchigia assoluta, sempre operante, di € 5.000,00.

Art. 20 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER IL CAPITOLO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO/RCO

Sono esclusi i danni:

- a) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dal Contraente/Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- b) derivanti da responsabilità non accertate giudizialmente;
- c) derivanti da responsabilità che, ancorché oggetto di giudizio, non risultino da Sentenza passata in giudicato;

- d) derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle attività di adeguamento alle prescrizioni normative e/o regolamentari e/o alle prescrizioni istituzionali, tempo per tempo vigenti, in ordine al contenimento e alla repressione del contagio;
- e) derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle prescrizioni normative in tema di sicurezza e salubrità dei luoghi di lavoro;
- f) conseguenti a contagio o atto terroristico dell'aria, dell'acqua o del suolo.

CAPITOLO 3 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA SUBORDINATA ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI IDENTIFICATIVI DI TUTTI I DIPENDENTI

Art. 21 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Unicamente a titolo integrativo rispetto alle garanzie previste nel Capitolo 1 e nel Capitolo 2, il presente Set Informativo comprende anche la garanzia Invalidità Permanente da Malattia (I.P.M.)

Art. 22 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE I.P.M. "GENERICA"

Nei casi di malattia – derivante in maniera diretta ed esclusiva da contagio da Covid-19 – insorti dopo la stipulazione del presente contratto, si intende per Invalidità Permanente da Malattia la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia denunciata (i.e. Covid-19), considerando la misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

La presente garanzia opera nei limiti di euro 100.000,00 (centomila/00) per anno, da intendersi quale capitale assicurato per la determinazione dell'indennizzo e quale esborso massimo esigibile dall'Impresa (i.e. cumulo di rischi) indipendentemente dal numero di sinistri denunciati e/o dal numero di soggetti che abbiano subito la Invalidità permanente.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente da malattia accertata sia di grado pari o inferiore al 15% della totale.

Nel caso venga accertata una invalidità superiore alla percentuale indicata nel capoverso precedente, l'Impresa liquida una indennità calcolata sul valore contrattualmente attribuito a ciascun punto d'invalidità secondo le percentuali seguenti:

GRADO % DI I.P. ACCERTATA	INDENNIZZO % DA LIQUIDARE	GRADO % I.P. ACCERTATA	INDENNIZZO % DA LIQUIDARE
16	1	42	34
17	1	43	36
18	1	44	38
19	1	45	40
20	1	46	42
21	2	47	48
22	2	48	48
23	3	49	48
24	3	50	50
25	4	51	53
26	4	52	56
27	5	53	59
28	6	54	62
29	8	55	65
30	10	56	68
31	12	57	71
32	14	58	74
33	16	59	77
34	18	60	80
35	20	61	83
36	22	62	86
37	24	63	89
38	26	64	92
39	28	65	95
40	30	66 e oltre	100
41	32	Vuota	

Art. 23 – CRITERI DI VALUTAZIONE

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

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

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

Art. 24 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

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

- A. Se l'Assicurato decede, per cause non direttamente riconducibili alla malattia che ha generato il sinistro, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.
- B. Se l'Assicurato decede, per cause non direttamente riconducibili alla malattia che ha generato il sinistro, prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, gli Eredi dell'Assicurato avranno facoltà di trasmettere all'Impresa la documentazione attestante il grado d'invalidità dell'Assicurato (certificazione INPS, INAIL, referti di accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, cartelle cliniche). L'Impresa pagherà agli Eredi la somma dovuta in forza del grado d'invalidità effettivamente comprovato.

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

Art. 25 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER IL CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Sono esclusi i danni:

- a) **derivanti da responsabilità volontariamente assunte dal Contraente e/o dall'Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;**
- b) **derivanti da responsabilità non accertate giudizialmente;**
- c) **derivanti da responsabilità che, ancorché oggetto di giudizio, non risultino da Sentenza passata in giudicato;**
- d) **derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle attività di adeguamento alle prescrizioni normative e/o regolamentari e/o alle prescrizioni istituzionali, tempo per tempo vigenti, in ordine al contenimento e alla repressione del contagio;**
- e) **derivanti da responsabilità connessa o collegata alla mancata e/o parziale e/o tardiva esecuzione delle prescrizioni normative in tema di sicurezza e salubrità dei luoghi di lavoro;**
- f) **conseguenti a malattia derivante da contagio diversa da quello di Covid-19.**

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 26 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa entro sette giorni dal momento che ne è venuto a conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Devono inoltre seguire, nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità dell'accadimento del fatto dannoso di cui il Contraente/Assicurato sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro.

Se il Contraente/Assicurato omette o ritarda la presentazione della denuncia del sinistro, l'invio della documentazione o di atti di natura giudiziaria o amministrativa, l'Impresa ha il diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 27 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia di sinistro dovrà essere effettuata contattando l'Impresa ai seguenti recapiti telefonici:

numero verde 800.894153

dall'estero **+39.039.9890724** o al n. **039.9890001** qualora esigenze tecniche particolari non lo permettano.

La comunicazione telefonica di cui sopra dovrà essere seguita da una comunicazione scritta – indicante il numero di polizza e completa della corrispondenza e della documentazione di riferimento – al seguente recapito dedicato:

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

Per eventuali reclami scrivere a

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB - fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

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. 1455 - Importanza dell'inadempimento

Il contratto non si può risolvere se l'inadempimento di una delle parti ha scarsa importanza, avuto riguardo all'interesse dell'altra.

Art. 2049 - Responsabilità dei padroni e dei committenti

I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti.

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore .

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori .

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

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

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

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

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere 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.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 - Criteri di redazione

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

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

INFORMATIVA 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 l'vass 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, anticiclaggio, antiterrorismo.
 - società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
 - Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.
- Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

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

8. Diritti dell'interessato

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

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



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

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