



# **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

## **VALEAS DAILY**

MODELLO 1231 – AGGIORNAMENTO 30.10.2019

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Base;
- b) Dip Aggiuntivo;
- c) Glossario;
- d) Condizioni di assicurazione

che devono essere consegnati al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale



# CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Valeas Daily

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

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

- **Set informativo e specifici allegati**

## CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza propone una serie di garanzie preposte alla corresponsione, da parte dell'Impresa, di un'indennità forfetaria per ogni giorno di ricovero conseguente a malattia, infortunio ovvero a parto, indipendentemente dalle spese sostenute. Inoltre, l'assicurato ha facoltà di accedere ad ulteriori prestazioni accessorie e facoltative (diaria di convalescenza, indennità di ingessatura) che rendono ancor più completa l'offerta proposta.



## CHE COSA È ASSICURATO?

### Coperture

#### Diaria da ricovero: (obbligatoria)

✓ L'Impresa riconosce per ogni giorno di degenza e per 365 giorni all'anno, nei termini delle norme di assicurazione e delle tariffe applicate, una indennità giornaliera in caso di ricovero per:

- Malattia o Parto;
- Infortunio;
- Malattia o Infortunio, con o senza intervento chirurgico, rientrante nell'elenco "Dread Diseases": Neoplasia maligna, Ictus cerebrale, Infarto del miocardio, Chirurgia sulle arterie coronarie, Insufficienza renale, Trapianto di organi, Sclerosi multiple, Inserimento di valvola del cuore, Chirurgia sull'aorta, Paralisi degli arti superiori e/o inferiori.

#### Diaria da convalescenza: (facoltativa)

✓ A seguito di ricovero o Day Surgery da:

- Malattia;
- Infortunio;
- Dread Diseases;

indennizzabile ai sensi delle norme di assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa riconoscerà la corrispondente indennità giornaliera domiciliare prescelta dall'assicurato per un numero di giorni uguale a quelli di ricovero.

In caso di Malattia (escluso il Parto) con un ricovero di almeno due giorni, è riconosciuto un numero minimo di dieci giorni di convalescenza.

In caso di Infortunio con un ricovero di almeno due giorni, è riconosciuto un numero minimo di quindici giorni di convalescenza.

#### Indennità da ingessatura: (facoltativa)

✓ Nel caso di infortunio con presenza di frattura, lussazione e/o schiacciamento (escluso distorsione e contusione) e con conseguente applicazione di apparecchio terapeutico e/o fissatore esterno, prescritto per almeno 15 giorni, effettuato presso un Pronto Soccorso o, nel caso di ricovero, in una struttura all'uopo attrezzata, risultante dal Certificato rilasciato dal Pronto Soccorso o dalla Cartella Clinica rilasciata dalla Struttura presso la quale è avvenuto il ricovero, la Impresa riconoscerà una indennità a forfait pari a 20 volte la diaria di ricovero da infortuni prevista.

Le tabelle riportanti la diaria erogabile in base al premio corrisposto sono riportate nel contratto all'interno di ciascuna prestazione.



## CHE COSA NON È ASSICURATO?

✗ Il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile, a norma del quale risulteranno assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 70 anni di età, fermo restando che l'assicurazione rimane in vigore per chi già in precedenza è assicurato.

✗ Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS. Resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - a norma dell'art. 1898 CC, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere un indennizzo



## CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Tutte le garanzie non comprendono:

- ! conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. L'assicurazione è operante per le malattie, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatisi alla data di stipulazione (patologie latenti), certa la non conoscenza dell'assicurato;
- ! eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- ! diagnostica, terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- ! check-up di medicina preventiva;
- ! cure delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ! cure per stati patologici correlati all'infezione HIV;
- ! infortuni derivanti da azioni dolose compiute dall'assicurato, da tentato suicidio, da forme maniaco depressive ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- ! infortuni, malattie e intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcoolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco), nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
- ! infortuni derivanti da sport aerei, dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e alle relative prove di allenamento o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- ! interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- ! prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi, non preesistenti al contratto;
- ! cura delle paradontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici;
- ! i ricoveri presso stabilimenti termali, istituti di cura specializzati per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza, case di riposo. L'assicurazione non è altresì operante per i ricoveri dovuti alla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana ovvero causati e/o riconducibili ad ingessature o altri mezzi di immobilizzazione e contenimento. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, per rieducazione funzionale e riabilitazione, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia, neuralterapia ed i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale.;
- ! conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- ! conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

## DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.

## CHE OBBLIGHI HO?

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

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

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

## QUANDO E COME DEVO PAGARE?

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

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa. Il premio è già comprensivo.

## QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

L'assicurazione ha una durata prevista da 1 a 10 anni ed è tacitamente rinnovabile alla scadenza capitaria. Alla scadenza capitaria, 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 sempreché stipulato almeno per un anno, è prorogato per una durata annuale con tacito rinnovo e così successivamente.

Resta salva la facoltà dell'assicurato di recedere dal contratto in caso di sinistro.

## COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il Contraente potrà disdire la polizza ad ogni scadenza annuale, inviando all'Impresa una comunicazione a mezzo raccomandata A/R entro 30 giorni dalla scadenza annuale.

Resta salva la facoltà dell'assicurato di recedere dal contratto in caso di sinistro.

## ASSICURAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.  
Valeas Daily

Versione n. 1 del 01 ottobre 2019 (ultimo disponibile)

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

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

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

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

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

### Esercizio 2018

#### Bilancio approvato il 29/04/2019

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 43.549.367 di cui capitale sociale € 34.013.382, riserva di sovrapprezzo € 100.382 e riserve patrimoniali € 9.435.603.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 126,18% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 280,40% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa [www.nobis.it](http://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 alle **Garanzie Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza e Indennità da Ingessatura** non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Base Valeas Daily. 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

<b>Franchigia</b>	Alla diaria da ricovero e, se stipulata, alla diaria da convalescenza viene applicata, se richiesta, una franchigia di due giorni relativamente ad ogni ricovero e ad ogni eventuale convalescenza.
-------------------	---

### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<b>Nessuna</b>	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Valeas Daily.
----------------	---



## CHE COSA NON È ASSICURATO?

<b>Rischi esclusi</b>	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.
-----------------------	--



## CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.



## CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

<b>Cosa fare in caso di sinistro</b>	<b>Denuncia di sinistro:</b> il contraente e/o l'Assicurato deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa chiamando il numero verde 800.894149 (dall'estero occorre comporre il numero +39 039.9890.722) e successivamente inviare denuncia per iscritto all'Impresa entro 5 giorni dalla data di accadimento del sinistro stesso o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, con l'indicazione della data, del luogo e delle sue modalità e delle ragioni del ricovero.
	E' possibile scrivere alla Compagnia utilizzando il seguente recapito: <b>Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.- Ufficio Sinistri</b> Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 20864 - AGRATE BRIANZA (MB)
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> si specifica che il contratto non prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> Si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.
	<b>Prescrizione:</b> così come stabilito dall'art. 2952 c.c., i diritti dell'assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Il contraente e/o l'assicurato sono obbligati a comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il contraente/assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti (in sede di preventivazione e di sottoscrizione del contratto) che influiscano sulla valutazione del danno, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo fino alla cessazione dell'assicurazione
<b>Obblighi dell'impresa</b>	L'Impresa si obbliga a istruire il sinistro nel più breve tempo possibile e, sempre nel più breve tempo possibile, a provvedere alla liquidazione del danno a seguito della ricezione di tutta la documentazione necessaria e dell'accertamento del diritto all'indennizzo.



## QUANDO E COME DEVO PAGARE?

<b>Premio</b>	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. 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 imposte.
<b>Rimborso</b>	Non è prevista la possibilità di rimborso del premio.



## QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

<b>Durata</b>	<p><b>L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.</b> 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; in ogni caso il pagamento tardivo della rata di premio non determinerà un'efficacia retroattiva della copertura. In ogni caso la garanzia rimborso spese mediche, prevede periodi di aspettativa dall'effetto dell'assicurazione, quali:</p> <p>a) nessuno per i sinistri da infortunio;  b) 30mo giorno per i sinistri malattia;  c) 180mo giorno per i disturbi da gravidanza e per le conseguenze di stati patologici latenti;  d) 300mo giorno successivo per il parto e l'aborto terapeutico.</p> <p>Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie (anche se stipulata da altra Compagnia di Assicurazione), gli anzidetti termini di aspettativa sono abrogati nella presente polizza sostitutiva, per le prestazioni e le somme previste dalla polizza sostituita.</p> <p>Il contratto può avere una durata da uno a dieci anni, a scelta del Contraente. L'Impresa si impegna a mantenere in vigore l'assicurazione fino alla scadenza capitaria prevista.</p>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospensione del contratto.



## COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	<p>Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>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.</li> </ol>
<b>Risoluzione</b>	<p>Resta salva la facoltà dell'assicurato di recedere dal contratto in caso di sinistro.</p> <p>Resta salva la facoltà dell'assicurato di disdettare ad ogni scadenza annuale il contratto, con l'invio di lettera raccomandata AR almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.</p> <p>Almeno 30 giorni prima della scadenza capitaria, entrambe le parti (il contraente e l'impresa) hanno diritto di inviare alla sede dell'altra mediante lettera raccomandata AR, disdetta dal contratto sottoscritto. Il contraente è tenuto a rimborsare all'Impresa la proporzione di "sconti durata poliennale" goduti in eccesso.</p>



## A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alle persone e/o ai componenti della famiglia che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 70° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite.



## 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%.

<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	
<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
<b>All'IVASS</b>	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.
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	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)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, in presenza di una richiesta di risarcimento non superiore a 15.000€, eventuali controversie che possono essere trattate anche per il tramite della <b>Conciliazione paritetica</b> . 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.

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

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

<b>SEZIONE I - GLOSSARIO E DEFINIZIONI</b> .....	<b>1</b>
<b>SEZIONE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>2</b>
ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO .....	2
ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI.....	2
ART. 3 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO .....	2
ART. 4 - FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO - VALIDITA' DELLE VARIAZIONI .....	2
ART. 5 - DURATA DEL CONTRATTO - PROROGA DEL CONTRATTO - ADEGUAMENTO DEL PREMIO .....	2
ART. 6 - VALIDITA' TERRITORIALE.....	2
ART. 7 - ONERI FISCALI.....	2
ART. 8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	2
<b>SEZIONE III - GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE</b> .....	<b>3</b>
ART. 9 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	3
ART. 10 - PERSONE ASSICURABILI .....	3
ART. 11 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	3
ART. 12 - ESCLUSIONI .....	3
ART. 13 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZA) .....	3
ART. 14 - PRESTAZIONI - TARIFFE.....	4
ART. 15 - RECESSO DAL CONTRATTO.....	4
ART. 16 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE.....	4
ART. 17 - CESSIONE E CONCESSIONE IN PEGNO A TERZI - PRETESE VERSO TERZI.....	5
<b>SEZIONE IV - DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO</b> .....	<b>6</b>
ART. 18 - DENUNCIA DEL SINISTRO - MODALITA' DI PAGAMENTO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO .....	6
ART. 19 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	6
<b>APPENDICE NORMATIVA</b> .....	<b>7</b>
INFORMATIVA SI SENSI DEL CAPO II SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016 / 679 (GDPR).....	9

## SEZIONE I - GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

**ASSICURATO:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

**ASSICURAZIONE:** il contratto di assicurazione;

**CONTRAENTE:** il soggetto che stipula l'assicurazione;

**DAY SURGERY** – la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche che siano:

- riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, istituto clinico o casa di cura.

**FRANCHIGIA:** il numero dei giorni di ricovero a carico dell'assicurato;

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

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

**INFORTUNIO:** ogni evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche permanenti obiettivamente constatabili;

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

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

**MALATTIA PREESISTENTE:** malattia che sia l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;

**MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO:** alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;

**POLIZZA:** il documento che prova l'assicurazione;

**PREMIO:** la somma dovuta all'Impresa;

**RICOVERO:** la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura;

**SINISTRO:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

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

Il Rappresentante legale  
dr. Giorgio Introvigne



## SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Valeas Daily Mod. 1231 ed. 2019-10 – Ultimo aggiornamento 30/10/2019

### ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente e/o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 Codice Civile.

### ART. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

### ART. 3 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza alla voce "Decorrenza contratto" se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il premio è determinato in base all'età dell'assicurato/i al momento della stipulazione della polizza. Il premio così determinato resta costante per tutto il periodo per il quale l'Impresa si è obbligata a contrarre.

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di almeno un anno ed è dovuto per intero anche se sia stato concesso il pagamento rateale.

In caso di variazione del contratto, il premio è determinato dall'età dell'assicurato al momento della variazione.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalla ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza. Trascorsi ulteriori 15 giorni da tale termine, l'Impresa ha diritto di dichiarare, con lettera Raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto alla riscossione anche giudiziale dei premi scaduti antecedentemente. **L'assicurazione sospesa riprende vigore, qualora l'Impresa non abbia dichiarato la risoluzione, dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ.**

**In caso di mancato pagamento del premio oltre 90 giorni dalla scadenza, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti dall'art. 13 "Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa (Carenza)". I premi devono essere pagati all'ufficio assicurativo alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione dell'Impresa.**

### ART. 4 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI

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

Le eventuali variazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto dalle Parti.

### ART. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA DEL CONTRATTO – ADEGUAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha una durata prevista da 1 a 10 anni ed è tacitamente rinnovabile alla scadenza capitaria.

L'Impresa si impegna a mantenere in vigore l'assicurazione fino alla prevista scadenza capitaria, fermo restando le altre condizioni di assicurazione.

Il contraente può recedere dalla stessa ad ogni scadenza annuale del premio, mediante lettera raccomandata spedita all'Impresa almeno 30 giorni prima della scadenza stessa. **Il contraente è tenuto a rimborsare all'Impresa la proporzione di sconti durata goduti in eccesso.**

Alla scadenza capitaria, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata inviata alla controparte almeno 30 giorni prima della scadenza stessa, il contratto, sempreché stipulato almeno per un anno, è prorogato per una durata uguale a quella originaria, ma con il limite di due anni per ogni tacito rinnovo. In caso di proroga del contratto, il premio è determinato dall'età dell'assicurato al momento della proroga e così pure in caso di variazione.

### ART. 6 – VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### ART. 7 – ONERI FISCALI

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

### ART. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

## SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

### ART. 9 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero conseguente a malattia, infortunio o a parto, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni indicate nelle relative tariffe.

### ART. 10 – PERSONE ASSICURABILI

Sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 70 anni di età (salvo diversa pattuizione), fermo restando che rimane in vigore per chi già in precedenza è assicurato.

### ART. 11 – PERSONE NON ASSICURABILI

**Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.**

**Resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere l'indennizzo.**

**In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Impresa rimborsa al contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.**

### ART. 12 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per i ricoveri e le ingessature relativi a:

- a) **conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. È possibile proporre alla Impresa l'inclusione delle patologie preesistenti e conosciute al momento della stipulazione del contratto tramite la compilazione e l'invio del questionario anamnestico. La Direzione si riserva di accettare o respingere il rischio. L'assicurazione è operante per le malattie, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatisi alla data di stipulazione (patologie latenti), certa la non conoscenza dell'assicurato;**
- b) **eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;**
- c) **diagnostica, terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;**
- d) **check-up di medicina preventiva;**
- e) **cure delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;**
- f) **cure per stati patologici correlati all'infezione HIV;**
- g) **infortuni derivanti da azioni dolose compiute dall'assicurato (sono compresi in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave), da tentato suicidio, da forme maniaco depressive ivi compresi i comportamenti nevrotici;**
- h) **infortuni, malattie e intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcoolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco) , nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;**
- i) **infortuni derivanti da sport aerei, dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) o dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;**
- j) **interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;**
- k) **prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi, non preesistenti al contratto;**
- l) **cura delle paradontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici;**
- m) **stabilimenti termali, istituti di cura specializzati per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cura). L'assicurazione non è altresì operante per i ricoveri dovuti alla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana ovvero causati e/o riconducibili ad ingessature o altri mezzi di immobilizzazione e contenimento. Sono inoltre esclusi i ricoveri per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, per rieducazione funzionale e riabilitazione (ad esempio, ginnastica passiva e fisioterapia), sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia, neuralterapia ed i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti e/o trattamenti e/o indagini di natura clinica ovvero diagnostica, comunque intesi, che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale;**
- n) **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;**
- o) **conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.**

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni, conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui al punto 12 lett. a) si applicheranno con riguardo alla data della variazione e non a quella di stipulazione del contratto.

### ART. 13 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA (CARENZA)

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) **del giorno in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni;**
- b) **del 30mo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;**
- c) **del 180mo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per i disturbi da gravidanza e per le conseguenze di stati patologici latenti, insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatisi al momento di tale data, certa la non conoscenza dell'assicurato;**

**d) del 300mo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e l'aborto terapeutico.**

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie (anche se stipulata da altra Compagnia di Assicurazione), gli anzidetti termini di aspettativa:

**a) sono abrogati nella presente polizza sostitutiva, per le prestazioni e le somme previste dalla polizza sostituita;**

**b) operano dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni in essa contemplate.**

**ART. 14 – PRESTAZIONI – TARIFFE**

**14.1 DIARIA DI RICOVERO**

L'Impresa riconosce per ogni giorno di degenza e per 365 giorni all'anno, nei termini delle norme di assicurazione e delle tariffe applicate, una indennità giornaliera in caso di ricovero per:

- Malattia o Parto;
- Infortunio;
- Malattia o Infortunio, con o senza intervento chirurgico, rientrante nell'elenco **"Dread Diseases"**: Neoplasia maligna, Ictus cerebrale, Infarto del miocardio, Chirurgia sulle arterie coronarie, Insufficienza renale, Trapianto di organi, Sclerosi multiple, Inserimento di valvola del cuore, Chirurgia sull'aorta, Paralisi degli arti superiori e/o inferiori.

<b>Diaria di Ricovero</b>	EU 50	EU 100	EU 150	EU 200	EU 250	EU 300
Malattia/parto	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00	€ 200,00	€ 250,00	€ 300,00
Infortunio	€ 75,00	€ 150,00	€ 225,00	€ 300,00	€ 375,00	€ 450,00
Dread Diseases	€ 100,00	€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00	€ 500,00	€ 600,00

**Il Day Surgery è equiparato al ricovero purché sia rilasciata la relativa cartella clinica da parte dell'istituto di cura. Agli effetti del computo dell'indennizzo dovuto, il primo e l'ultimo giorno di ricovero, si considerano un solo giorno.**

**14.2 CONDIZIONI AGGIUNTIVE - FACOLTATIVE**

(Le presenti condizioni sono valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza)

**a) Diaria di Convalescenza:**

A seguito di ricovero o Day Surgery da:

- Malattia/Parto;
- Infortunio;
- Dread Diseases;

indennizzabile ai sensi delle norme di assicurazione e delle tariffe applicate, l'Impresa riconoscerà la corrispondente indennità giornaliera domiciliare prescelta dall'assicurato per un numero di giorni uguale a quelli di ricovero.

In caso di Malattia (escluso il Parto) con un ricovero di almeno due giorni, è riconosciuto un numero minimo di dieci giorni di convalescenza.

In caso di Infortunio con un ricovero di almeno due giorni, è riconosciuto un numero minimo di quindici giorni di convalescenza.

<b>Diaria di Convalescenza</b>	EU 50	EU 100	EU 150	EU 200	EU 250	EU 300
Malattia/parto	€ 25,00	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	€ 125,00	€ 150,00
Infortunio	€ 37,50	€ 75,00	€ 112,50	€ 150,00	€ 187,50	€ 225,00
Dread Diseases	€ 50,00	€ 100,00	€ 150,00	€ 200,00	€ 250,00	€ 300,00

**b) Indennità da Ingessatura**

Nel caso di infortunio con presenza di frattura, lussazione e/o schiacciamento (escluso distorsione e contusione) e con conseguente applicazione di apparecchio terapeutico e/o fissatore esterno, prescritto per almeno 15 giorni, effettuato presso un Pronto Soccorso o, nel caso di ricovero, in una struttura all'uopo attrezzata, risultante dal Certificato rilasciato dal Pronto Soccorso o dalla Cartella Clinica rilasciata dalla Struttura presso la quale è avvenuto il ricovero, la Impresa riconoscerà una indennità a forfait pari a 20 volte la diaria di ricovero da infortuni prevista.

<b>Indennità da Ingessatura</b>	EU 50	EU 100	EU 150	EU 200	EU 250	EU 300
Forfait	€ 1.500,00	€ 3.000,00	€ 4.500,00	€ 6.000,00	€ 7.500,00	€ 9.000,00

**c) Franchigia**

Alla diaria di ricovero e, se stipulata, alla diaria da convalescenza viene applicata, se richiesta, una franchigia di due giorni relativamente ad ogni ricovero e ad ogni eventuale convalescenza.

**ART. 15 – RECESSO DAL CONTRATTO**

L'Impresa non ha la facoltà di recedere dal contratto a seguito di denuncia di sinistro, salvo quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

**ART. 16 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE**

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

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

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

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

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

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

**ART. 17 – CESSIONE E CONCESSIONE IN PEGNO A TERZI – PRETESE VERSO TERZI**

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

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

## SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

### ART. 18 – DENUNCIA DEL SINISTRO – MODALITA' DI PAGAMENTO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per ottenere l'indennizzo spettante, secondo quanto previsto dalle condizioni di Assicurazione, l'assicurato deve:

- 1 - denunciare il sinistro all'Impresa entro trenta giorni dall'avvenuto ricovero o dall'effettuazione di prestazioni extra ricovero rientranti nelle garanzie previste all'art. 14.
- 2 - Provvedere ad inviare alla Sede della Impresa,
  - I. in caso di Ricovero o Day Surgery: la copia autentica e completa della Cartella Clinica;
  - II. in caso di Indennità da Ingessatura: i certificati e documenti medici rilasciati dal Pronto Soccorso o la copia integrale della Cartella Clinica, comprovanti l'avvenuta prestazione.
- 3 - Acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dalla Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

### ART. 19 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di necessità l'assicurato deve contattare la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti numeri e recapiti:

#### **Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.**

Ufficio Sinistri

Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21  
20864 - AGRATE BRIANZA (MB)

**Numero Verde 800-894149**

oppure 039-9890722

dall'estero +39-039-9890722

comunicando con estrema precisione:

- nome, cognome e numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- motivo della chiamata.

### **Gestione dei rapporti assicurativi via web**

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

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

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

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

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

## APPENDICE NORMATIVA

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

### CODICE CIVILE

#### Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

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

#### Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

#### Art. 1898 - Aggravamento del rischio

*"Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso."*

#### Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

*"Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita."*

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

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

#### **Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore**

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

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

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

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

## **CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE**

#### **Art. 166 - Criteri di redazione**

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

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

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

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

### 1. Titolare del trattamento

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

### 2. Tipologia di dati raccolti

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

### 3. Finalità

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

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

### 4. Modalità di trattamento

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

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

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

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

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

### 5. Profilazione

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

### 6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

### 7. Periodo di conservazione

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

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

### 8. Diritti dell'interessato

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

Il presente Set Informativo  
è aggiornato alla data del 30 ottobre 2019