



Protezione Risorse

Contratto di assicurazione temporanea monoannuale
di gruppo in caso di morte e invalidità permanente
(Tariffa T9C2017)

Mod. T9C2017 – Ed. 07/2025

Prima della sottoscrizione leggere il set informativo, che prevede i seguenti documenti:

- Documento informativo precontrattuale Vita
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo VITA)
- Condizioni di Assicurazione (comprehensive di glossario)
- Proposta

Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente

Documento informativo precontrattuale
per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti
d'investimento assicurativi
(DIP Vita)



Impresa che realizza il prodotto: NOBIS VITA S.p.A.
Prodotto: Protezione Risorse

Ultimo aggiornamento disponibile: 5 luglio 2025

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È una assicurazione di puro rischio: temporanea monoannuale di gruppo in caso morte ed invalidità totale e permanente, stipulata in applicazione di una apposita convenzione tra Nobis Vita S.p.A. ed il Contraente, per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali è inserito in assicurazione con una propria posizione individuale.



Che cosa è assicurato?/Quali sono le prestazioni?

Con la presente copertura assicurativa è Assicurato il decesso o l'invalidità totale e permanente da ogni causa (malattia o infortunio) dell'Assicurato.

La Prestazione consiste nel pagamento, ai Beneficiari designati in polizza, del capitale Assicurato, al verificarsi del decesso nel corso della durata contrattuale o dell'invalidità accertata totale e permanente, equiparata al decesso.



Che cosa NON è assicurato?

x Il prodotto non prevede prestazioni in caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di copertura.



Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa non è valida nei casi di:

- ! attività dolosa del Beneficiario;
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra,
- ! incidente di volo, su voli non autorizzati;
- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcoolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- ! sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), od altra patologia ad essa collegata;
- ! pratica di sport pericolosi;
- ! contaminazioni chimiche o batteriologiche.
- ! Nel caso di sinistro che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, è limitata ad un importo massimo complessivo pari a 6 volte il capitale medio Assicurato pro-capite della collettiva, con il limite massimo di € 3.000.000.
- ! accertamenti sanitari obbligatori oltre il free cover limit.



Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

Il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla assicurazione per il caso d'invalidità, sono obbligati a:

- rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- fornire tutte le prove che dalla Compagnia fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

In caso di sinistro il Contraente o il beneficiario devono consegnare alla Compagnia la seguente documentazione:

in caso di decesso

il certificato di morte; relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo; ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia; l'originale dell'atto di notorietà reso innanzi ad un Notaio o altro organo deputato a riceverlo;

in caso di invalidità totale permanente

dichiarazione del Contraente attestante l'avvenuta o non avvenuta risoluzione del rapporto di lavoro del Assicurato e l'appartenenza dello stesso al contratto collettivo di categoria; certificato attestante il riconoscimento dell'invalidità totale e permanente da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.S., ecc.) dal quale si evinca l'esonero da future visite di revisione; Diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità (IO); documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di invalidità, solo nel caso in cui non avvenga la risoluzione del rapporto di lavoro.



Quando e come devo pagare?

Il premio è dovuto dal Contraente in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura e non oltre il periodo di copertura in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato.

Il premio è annuo ed è determinato per ogni singola posizione in riferimento al sesso, all'età raggiunta dall'Assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione, al relativo capitale Assicurato ed alla valutazione dello stato di salute.

Il premio viene corrisposto dalla Contraente alla Compagnia o ad un suo Intermediario incaricato, in un'unica soluzione a mezzo bonifico bancario entro 30 giorni dalla data di inizio di ciascuna annualità assicurativa oppure alla data di inclusione in garanzia dell'Assicurato qualora questa sia avvenuta in corso di annualità assicurativa.

Se il Contraente non paga il premio la copertura assicurativa resta sospesa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha durata annuale con clausola di tacito rinnovo.

Il contratto si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa e nel momento in cui la Compagnia riceve la Proposta di assicurazione sottoscritta dalla Contraente per accettazione;

La copertura decorre dalle ore 00.00 della data di effetto della polizza collettiva stipulata dalla Contraente con l'Impresa o dalle ore 00.00 della data di acquisizione del diritto all'assicurazione per le nuove assunzioni o promozioni successive alla data di effetto della polizza collettiva, a condizione che siano state espletate le formalità di assunzione del rischio ed il premio sia pagato. La copertura rimane in vigore per un anno (o frazione di anno in caso di inclusione in garanzia in corso di annualità assicurativa) e si rinnova tacitamente anno per anno a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità, il premio sia stato pagato e la Convenzione sia in vigore.

Durante i primi 7 anni di validità del contratto, la copertura non opera qualora l'evento Assicurato sia correlato ad infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili. Questo periodo di carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed abbia effettuato un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la data di inclusione in garanzia.

Durante il periodo di tempo intercorrente tra la data di inclusione in garanzia e la data di accettazione del rischio da parte dell'Impresa - fino ad un massimo di 60 giorni - la copertura opera esclusivamente con riferimento agli eventi derivanti da infortunio e le garanzie sono prestate fino ad un massimo di € 250.000.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

La Contraente ha diritto di recedere dal contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Impresa, entro 30 giorni dalla data di inizio della polizza. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione.

In tal caso l'Impresa restituirà alla Contraente il premio, eventualmente già pagato, al netto dei costi fissi (se previsti) e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Laddove previsto, l'Assicurato ha facoltà di esercitare il proprio diritto di non accettazione della copertura, entro 30 giorni dalla data in cui ne è venuto a conoscenza.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Non sono previsti riscatti o riduzioni.

Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente

Documento informativo precontrattuale
per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti
d'investimento assicurativi
(DIP aggiuntivo Vita)



Impresa che realizza il prodotto: NOBIS VITA S.p.A.
Prodotto: Protezione Risorse

Ultimo aggiornamento disponibile: 5 Luglio 2025

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle garanzie finanziarie, alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi e alla loro incidenza sulla performance del prodotto, nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Nobis Vita S.p.A. Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB) Tel. 039 9890.100 sito internet: www.nobis.it indirizzo di posta elettronica: info.vita@nobis.it, indirizzo pec: nobisvita@pec.it. L'impresa di assicurazione è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 19.04.1989 (G.U. della Repubblica Italiana N. 115 del 19.05.1989). Iscritta al numero 100080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 2497 e seguenti del c.c. e appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2024 ammonta a 39.296 migliaia di euro, di cui 33.704 migliaia di euro di capitale sociale e 5.592 migliaia di euro di riserve patrimoniali, comprensive di un utile di esercizio di 984 migliaia di euro. Il requisito patrimoniale richiesto ammonta a 16.595 migliaia di euro, il requisito patrimoniale minimo ammonta a 6.100 migliaia di euro ed i fondi ammissibili a copertura ammontano a 58.052 migliaia di euro; pertanto, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 349,82%. Per maggiori informazioni si rinvia alla relazione sulla solvibilità finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet www.nobis.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

PROTEZIONE RISORSE è una Polizza vita temporanea monoannuale di gruppo che garantisce un capitale caso morte, ed invalidità totale e permanente. La polizza è a premio annuo con possibilità di tacito rinnovo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono assicurabili coloro che risultano già affetti da invalidità permanente che abbia comportato una riduzione della propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le proprie attitudini, a meno di un terzo o avessero già in corso accertamenti a tale scopo prima del loro ingresso in assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

La Compagnia non eroga alcuna prestazione nel caso in cui il decesso o l'invalidità permanente siano causati da:

- attività dolosa del Beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto

- idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
 - uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcoolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
 - sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), od altra patologia ad essa collegata, nel caso in cui il decesso avvenga nei primi sette anni successivi alla decorrenza assicurativa;
 - pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
 - contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti.

Copertura provvisoria

Dalla richiesta di inserimento in copertura della posizione individuale e prima dell'entrata in vigore della stessa, in attesa di ricevere la documentazione completa necessaria, la Compagnia riconosce un periodo di copertura provvisoria, per il solo caso di morte in seguito ad infortunio e per il capitale Assicurato con il limite massimo di 250.000,00 euro.



A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone che, al momento dell'inclusione in garanzia:

- svolgono la propria professione lavorativa presso la Contraente (azienda con sede in Italia);
- hanno codice fiscale o tessera sanitaria italiana;
- hanno compiuto 18 anni di età;
- hanno un'età non superiore a 74 anni;
- sono presenti ed attive al lavoro e svolgono le loro mansioni senza interruzione.

Se non è soddisfatta la condizione e) l'inclusione in garanzia è rinviata al momento in cui l'assicurato rientri in servizio e l'Impresa confermi per iscritto l'accettazione del rischio.



Quali costi devo sostenere?

Si indicano di seguito i costi a carico del Contraente:

- tabella dei costi gravanti sul premio:

In cifra fissa	1 euro per spese di gestione
In percentuale del premio di tariffa	1% per spese di acquisizione 8% - 15% per spese di acquisizione riconosciute al distributore 8% per spese di gestione

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di emissione e della cifra fissa..

I diritti di emissione = 3 euro per ciascuna posizione individuale.

AVVERTENZA: qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed eventuali accertamenti diagnostici, il relativo costo pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'Assicurato stesso è a carico dell'Assicurato.

- tabella sui costi per riscatto

il contratto non prevede l'opzione di riscatto

- tabella sui costi per l'erogazione della rendita

il contratto non prevede l'erogazione della rendita

- costi per l'esercizio delle opzioni

non è esercitabile alcun tipo di opzione

- costi di intermediazione

ai distributori è riconosciuto in media il 46% circa dei costi gravanti sul premio

- costi dei PPI

non sono presenti altri tipi di costi.

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 per iscritto, a mezzo posta o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: Nobis vita spa - Viale Colleoni 21- 20864 Agrate Brianza (MB) - Servizio Gestione Reclami, o tramite e-mail all'indirizzo: reclami.vita@nobis.it, oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it. Il reclamante potrà presentare Reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.nobis.it all'interno della sezione "Info Reclami". Il Reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il Reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
IVASS o CONSOB	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it secondo le modalità indicate su www.ivass.it o alla Consob, via Giovanni Battista Martini n. 3 - 00198 Roma, secondo le modalità indicate su www.consob.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie:	
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	Il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali: - Arbitrato irrituale: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.nobis.it. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Eventuali reclami relativi la mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate. Si ricorda che resta salva la facoltà di adire l'autorità giudiziaria.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi non sono soggetti ad alcuna imposta. Le prestazioni, in caso di decesso dell'Assicurato e liquidate ai Beneficiari, non sono soggette a tassazione IRPEF per la parte corrispondente alla copertura del rischio demografico e non sono soggette all'imposta sulle successioni.
---	--

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



Edizione Luglio 2025

Condizioni Contrattuali di Assicurazione

Protezione Risorse

Contratto di assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità totale e permanente

Data di validità delle Condizioni di Assicurazione: 5 luglio 2025

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

Gentile Contraente,
in questa pagina è riportata una breve descrizione del prodotto.

Le assicurazioni collettive temporanee di gruppo costituiscono una forma particolare di assicurazione sulla vita di durata monoannuale, con rinnovo automatico di anno in anno, destinate ad un gruppo di persone aventi caratteristiche omogenee e le cui prestazioni sono determinate in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà di ogni singolo Assicurato.

Le assicurazioni collettive temporanee di gruppo possono trovare applicazione sempreché il programma assicurativo sia stipulato:

- a) in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali da parte di datori di lavoro per i propri dipendenti;
- b) in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali da parte di Imprese per i propri agenti e collaboratori, rappresentanti, commissionari o concessionari o comunque per persone ad esse legate da rapporti di collaborazione coordinata e continuativa;
- c) in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali da parte di Enti, Casse, Fondi Aziendali per i soggetti di cui ai precedenti punti a) e b) ad essi iscritti;
- d) in base a norme statutarie o regolamento interno da parte di Associazioni legalmente costituite, o assimilabili, che non abbiano come unica finalità l'assicurazione per il caso di morte o di invalidità totale e permanente dei propri associati.

Sommario

GLOSSARIO	3
SEZIONE I - INFORMAZIONI GENERALI	
Art. 1 - Caratteristiche del prodotto	5
Art. 2 - Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	5
2.1 - Formalità di assunzione del rischio e Modalità di perfezionamento del Contratto	5
2.2 - Decorrenza e durata del Programma Assicurativo	5
2.3 - Cessazione del Programma Assicurativo	5
2.4 - Recesso	6
Art. 3 - Premio assicurativo	6
Art. 4 - Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	6
Art. 5 - Legge applicabile	6
Art. 6 - Prescrizione	6
Art. 7 - Risoluzione delle controversie	6
7.1 - Foro competente / Procedimento di mediazione	7
7.2 - Arbitrato	7
Art. 8 - Valuta	7
Art. 9 - Comunicazioni	7
SEZIONE II - OGGETTO DEL CONTRATTO	
Art. 10 - Programma Assicurativo	7
Art. 11 - Validità territoriale delle garanzie	7
Art. 12 - Capitale assicurato	7
Art. 13 - Persone assicurabili	7
Art. 14 - Limitazioni	7
14.1 - Carenza	7
14.2 - Esclusioni	8
14.3 - Prestazione massima	8
SEZIONE III - GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	
Art. 15 - Decesso per qualsiasi causa	8
15.1 - Oggetto della garanzia	8
15.2 - Suicidio	8
Art. 16 - Invalidità Permanente Totale per qualsiasi causa di grado non inferiore al 66%	8
16.1 - Oggetto della garanzia	8
SEZIONE IV - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	
Art. 17 - Denuncia di Sinistro	9
Art. 18 - Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	9
Art. 19 - Accertamento dell'Invalidità Permanente Totale per i dirigenti di aziende industriali	9
Art. 20 - Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	10
SEZIONE V - RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	
Art. 21 - Richiesta di Informazioni	10
Art. 22 - Reclami	10
22.1 - Reclami all'Impresa di assicurazioni	10
22.2 - Reclami all'Intermediario	10
22.3 - Reclami alle Autorità di Vigilanza	10
INFORMATIVA PRIVACY	12

GLOSSARIO

ANNUALITÀ ASSICURATIVA

Periodo pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

ASSICURATO

La persona fisica, portatrice di un interesse alla prestazione, sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto.

BENEFICIARIO

Il soggetto previsto nel C.C.N.L. di categoria oppure nel Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale. In mancanza di tale previsione, il beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari. Con riferimento alla garanzia Decesso per qualsiasi causa, l'Assicurato può tuttavia designare un beneficiario diverso con apposita comunicazione.

CAPITALE ASSICURATO

L'importo dovuto dalla Compagnia in caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

CARENZA

Periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale il Programma Assicurativo è sospeso. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

COMPAGNIA

Nobis vita spa, con sede in Viale Colleoni 21 - 20864 Agrate Brianza (MB) tel. 039 9890.100, fax 039.6894524, sito internet www.nobisvita.it, PEC NOBISVITA@PEC.IT.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)

L'insieme delle clausole che disciplinano il Contratto.

CONTRAENTE

La persona giuridica che sottoscrive il Contratto e si impegna a corrispondere il Premio.

CONTRATTO (O POLIZZA)

Il Contratto di assicurazione stipulato dalla Contraente con la Compagnia.

CONVENZIONE

Il Contratto stipulato dalla Contraente con la Compagnia che insieme alle Condizioni di Assicurazione (o di Polizza) regola i rapporti tra le parti.

DECORRENZA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO (DEL CONTRATTO O DELLA POLIZZA)

La data a partire dalla quale le garanzie acquistano efficacia.

DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO (DEL CONTRATTO O DELLA POLIZZA)

Il periodo di efficacia delle garanzie.

ESCLUSIONI

I rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

ETÀ

Corrisponde all'età assicurativa, ovvero all'età dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti, maggiorato di uno qualora l'ultimo compleanno sia trascorso da più di 6 mesi (esempio: se l'Assicurato ha compiuto 30 anni il 1° febbraio 2018, la sua età assicurativa al 1° settembre 2018 sarà 31 anni).

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERMEDIARIO

Il soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che è incaricato della distribuzione della Polizza.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

MODULO DI POLIZZA

Il documento emesso dalla Compagnia che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma versata alla Compagnia per le garanzie offerte.

PRESCRIZIONE

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

PROGRAMMA ASSICURATIVO

L'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.

QUESTIONARIO MEDICO-SPORTIVO

Modulo costituito da domande sullo stato di salute, sulle abitudini di vita e sulle attività sportive praticate dall'Assicurato, che la Compagnia utilizza per valutare i rischi che assume con il Contratto.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è offerto il Programma Assicurativo.

TERRORISMO

Forma di lotta politica che ricorre all'uso di mezzi violenti (attentati, sabotaggi, distruzioni, ecc.) a fini eversivi e destabilizzanti o di rivendicazione politica.

CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 - Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una polizza collettiva, stipulata dall'azienda in qualità di **Contraente**, che garantisce ad un gruppo di persone che presentano caratteristiche omogenee una copertura in caso di morte da qualsiasi causa. La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni della Contraente e delle dichiarazioni dell'Assicurato.

Art. 2 - Conclusione del Contratto/inizio e termine del Programma Assicurativo

Art. 2.1 - Formalità di assunzione del rischio e Modalità di perfezionamento del Contratto

Le formalità di assunzione del rischio variano in base al capitale da assicurare e sono riportate nella **Convenzione** assicurativa stipulata dalla Contraente con la Compagnia.

La documentazione necessaria per l'accettazione del rischio va presentata alla Compagnia, per il tramite della Contraente o dell'Intermediario eventualmente incaricato, **prima della data di inclusione in garanzia dell'Assicurato, oppure nei successivi 30 giorni**.

La Compagnia si impegna a fornire riscontro per iscritto **entro 30 giorni** dalla data di ricezione della predetta documentazione.

Resta inteso che, nel caso in cui dall'esame della documentazione ricevuta dovessero emergere fattori di rischio, la Compagnia, a suo insindacabile giudizio, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, applicare un sovrappremio, escludere specifici rischi o rifiutare l'assunzione del rischio. **La mancata presentazione della documentazione e/o degli accertamenti richiesti dalla Compagnia** annulla qualsiasi impegno della Compagnia ed i premi, eventualmente già corrisposti, saranno rimborsati al netto dei costi fissi (se previsti). Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Durante il periodo di tempo che intercorre tra la data di inclusione in garanzia e la data di accettazione del rischio da parte della Compagnia - **fino ad massimo di 60 giorni** - il Programma Assicurativo opera esclusivamente con riferimento agli eventi assicurati derivanti da infortunio indipendentemente dalla volontà dell'Assicurato. La **copertura provvisoria** è prestata per il capitale da assicurare - **fino ad un massimo di € 250.000** - e decade immediatamente in caso di comunicazione di rifiuto del rischio da parte della Compagnia.

Art. 2.2 - Decorrenza e durata del Programma Assicurativo

Gli assicurati in possesso dei requisiti di assicurabilità entrano in garanzia automaticamente per effetto di quanto disposto dal C.C.N.L. di categoria oppure dal Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore, salvo il diritto di non accettazione della copertura da esercitarsi nei termini indicati all'art. 2.4.

Fermi i periodi di carenza di cui agli artt. 2.1 e 14.1, il Programma Assicurativo decorre dalle ore 00.00 della data di effetto della Convenzione assicurativa stipulata dalla Contraente con la Compagnia o dalle ore 00.00 della data di acquisizione del diritto all'assicurazione per le nuove assunzioni o promozioni successive alla data di effetto della Convenzione, ed è subordinata:

- all'espletamento delle formalità di assunzione del rischio;
- al pagamento del Premio nei termini di cui all'art. 3.2.

Il Programma Assicurativo rimane in vigore per un anno (o frazione di anno in caso di inclusione in garanzia in corso di Annualità assicurativa) e si rinnova tacitamente anno per **anno a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 13, il Premio sia stato pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore**.

Art. 2.3 - Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) qualora vengano meno i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 13;
- c) in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, salvo se diversamente pattuito in Convenzione;
- d) in caso di esercizio del diritto di recesso.

Nel caso a) non è dovuta alcuna restituzione di Premio. Nei casi c), d), la Compagnia procederà alla restituzione del Premio, eventualmente già pagato, al netto dei costi fissi (se previsti) e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Art. 2.4 - Recesso

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, **a mezzo di lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia, **entro 30 giorni** dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà alla Contraente il Premio, eventualmente già pagato, al netto dei costi fissi (se previsti) e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Laddove previsto, l'Assicurato ha facoltà di esercitare il proprio diritto di non accettazione della copertura, entro 30 giorni dalla data in cui ne è venuto a conoscenza.

Art. 3 - Premio assicurativo

Il Premio è annuo ed è indicato nella Polizza elenco. Il Premio viene determinato all'inizio di ciascuna Annualità assicurativa moltiplicando il tasso di Premio corrispondente all'Età dell'Assicurato per il Capitale assicurato. All'importo così calcolato vanno aggiunti i costi/diritti fissi (se previsti). Il tasso di Premio è indicato nella tariffa di riferimento allegata alla Convenzione assicurativa.

Resta inteso che:

- per gli assicurati che siano entrati in garanzia in corso di Annualità assicurativa, il Premio sarà commisurato al periodo di effettiva copertura intercorrente tra la data di ingresso e quella di scadenza dell'Annualità assicurativa;
- per gli assicurati che siano usciti dalla garanzia in corso di Annualità assicurativa, la Compagnia restituirà la porzione di Premio relativa al periodo di mancata esposizione al rischio, al netto del costo fisso sopraindicato.

Fatte salve eventuali diverse disposizioni del C.C.N.L. di categoria oppure del Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore, il Premio viene corrisposto dalla Contraente alla Compagnia o ad un suo Intermediario incaricato, dietro presentazione da parte della Compagnia del Modulo di Polizza contenente l'elenco degli assicurati, la data di decorrenza e termine del Programma Assicurativo, i capitali assicurati ed i premi dovuti. Salvo diversi accordi, la Contraente è tenuta a corrispondere il Premio in un'unica soluzione, a mezzo di bonifico bancario, **entro 30 giorni** dalla data di inizio di ciascuna Annualità assicurativa oppure dalla data di inclusione in garanzia dell'Assicurato qualora questa sia avvenuta in Annualità assicurativa. È ammessa una dilazione corso di Annualità di pagamento **fino a 30 giorni** senza oneri ed interessi.

Il mancato pagamento del Premio nei termini sopraindicati determina la non operatività del Programma Assicurativo nei confronti dei singoli assicurati.

Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

Art. 4 - Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- **sono causa di annullamento del Contratto** quando l'Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, la Compagnia avrà 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. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, la Compagnia non sarà tenuta a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la Compagnia abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

Art. 5 - Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 6 - Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. **Di conseguenza eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno liquidati dalla Compagnia.**

Art. 7 - Risoluzione delle controversie

Art. 7.1 - Foro competente / Procedimento di mediazione

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Consumatore (Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della

Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive. La domanda di mediazione viene presentata tramite deposito di apposita istanza presso un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero di Grazia e Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

Art. 7.2 - Arbitrato

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'Autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, la Compagnia e l'Assicurato/Beneficiario (di seguito le "parti") potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, Sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza del beneficiario. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. **Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.**

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

Art. 8 - Valuta

Gli importi relativi ai premi assicurativi ed alle prestazioni assicurate verranno calcolati, e conseguentemente corrisposti, nella moneta nazionale vigente al momento del pagamento.

Art. 9 - Comunicazioni

Le comunicazioni tra l'Assicurato e la Compagnia inerenti all'esecuzione del Contratto dovranno essere effettuate per il tramite della Contraente o dell'Intermediario eventualmente incaricato. Resta inteso che in caso di Reclamo o Sinistro gli assicurati potranno contattare direttamente la Compagnia. In caso di contrasto tra le comunicazioni effettuate dalla Contraente o dall'Intermediario e quelle effettuate personalmente dall'Assicurato, prevarranno queste ultime.

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 10 - Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede la seguente garanzia:

- **Decesso** per qualsiasi causa.
- **Invalidità totale e permanente** da qualsiasi causa (infortunio o malattia) di grado non inferiore al 66%.

Art. 11 - Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali.

Art. 12 - Capitale assicurato

Il Capitale assicurato è stabilito in base alle norme ed ai criteri contenuti nel C.C.N.L. di categoria oppure nel Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale ed è indicato nel Modulo di Polizza. Il Capitale assicurato sarà in ogni caso determinato sulla base di criteri uniformi ed indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati e viene reso noto all'Assicurato a mezzo di apposita comunicazione aziendale.

Art. 13 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che, al momento dell'inclusione in garanzia:

- a) svolgano la propria professione lavorativa presso la Contraente (azienda con sede in Italia);
- b) siano munite di codice fiscale o tessera sanitaria italiana;
- c) abbiano compiuto 18 anni di età;
- d) abbiano un'età non superiore a 74 anni;
- e) siano presenti ed attive al lavoro, ovvero non siano assenti a causa di Infortunio o Malattia, e svolgano le loro mansioni senza interruzioni.

Nel caso in cui non risulti soddisfatta la condizione e) l'inclusione in garanzia è rinviata al momento in cui l'Assicurando sia rientrato in servizio e la Compagnia abbia confermato per iscritto l'accettazione del rischio.

Art. 14 - Limitazioni

Art. 14.1 - Carenza

Durante i primi 7 anni di validità del Contratto, il Programma Assicurativo non opera qualora l'evento assicurato sia correlato ad infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili. Questo periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed abbia effettuato un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la data di inclusione in garanzia.

Durante il periodo di tempo intercorrente tra la data inclusione in garanzia e la data di accettazione del rischio da

parte della Compagnia - **fino ad un massimo di 60 giorni** - il Programma Assicurativo opera esclusivamente con riferimento agli eventi assicurati derivanti da Infortunio, indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Le garanzie sono prestate per il capitale da assicurare - **fino ad un massimo di € 250.000,00** - e decadono immediatamente in caso di comunicazione di rifiuto del rischio da parte della Compagnia.

14.2 - Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.

La Compagnia non sarà tenuta a prestare alcuna garanzia e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del Terrorismo internazionale.

La Compagnia non eroga alcuna prestazione qualora il decesso sia causato da:

- **attività dolosa del Beneficiario;**
- **partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;**
- **uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcoolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;**
- **sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), od altra patologia ad essa collegata, come meglio stabilito nel presente art.14.1;**
- **pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);**
- **contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti.**

Il Decesso dell'Assicurato che intervenga dopo che sia stata denunciata alla Compagnia l'Invalidità permanente e prima che la stessa sia stata riconosciuta, equivale al riconoscimento dello stato di invalidità. **È comunque esclusa la liquidazione del capitale assicurato, o l'eventuale aumento dello stesso, nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato domanda all'Ente Previdenziale di appartenenza per il riconoscimento dello stato di invalidità, anteriormente alla data di ingresso in Assicurazione o alla data di richiesta di aumento del capitale.**

14.3 - Prestazione massima

In caso di Sinistro che colpisca simultaneamente più assicurati, la somma complessiva degli indennizzi a carico della Compagnia non potrà in nessun caso eccedere un importo complessivo pari a **6 volte il Capitale medio assicurato pro capite, con il limite massimo di € 3.000.000,00**. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro ed in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 15 - Decesso per qualsiasi causa

Art. 15.1 - Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al Capitale assicurato.

Art. 15.2 - Suicidio

In deroga a quanto disposto dall'art. 1927 c.c. è coperto il suicidio dell'Assicurato a partire dalla data di inclusione in garanzia.

Art. 16 - Invalidità Permanente Totale per qualsiasi causa di grado non inferiore al 66%

16.1 - Oggetto della garanzia

In caso di Invalidità Permanente Totale per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari al Capitale assicurato.

Si intende colpito da Invalidità Permanente Totale l'Assicurato che - a seguito di Infortunio, Malattia, difetti fisici e/o mentali - abbia subito, durante il periodo di validità del Contratto, una riduzione della propria capacità lavorativa in modo permanente, per cause ad esso non imputabili, nelle occupazioni confacenti alle proprie attitudini, **in misura non inferiore al 66%, salvo se diversamente pattuito in Convenzione**. La riduzione della capacità

lavorativa, l'Infortunio, la Malattia ed i difetti fisici e/o mentali devono essere oggettivamente accertabili. Lo stato di Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato viene accertato secondo le modalità stabilite nella sezione IV ed in base alla definizione di cui al presente articolo.

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 17 - Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia all'indirizzo:

Nobis Vita S.p.A. con sede in Viale Colleoni 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)
Gestione Collettive - indirizzo Email: collettive.vita@nobis.it.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. In caso di denuncia incompleta, la Compagnia comunicherà tempestivamente la necessità di integrare la documentazione. Resta inteso che la Compagnia potrà comunque richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 18 - Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Per tutti i pagamenti della Compagnia debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Per i pagamenti conseguenti a **Decesso** dell'Assicurato debbono essere consegnati:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del Decesso;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia;
- per il caso in cui il Beneficiario non coincida con il Contraente, l'originale dell'atto di notorietà reso innanzi ad un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (ad esempio un Cancelliere di un ufficio giudiziario o un Segretario Comunale), da cui risulti se è stato redatto o meno un testamento e se questo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'ultimo o l'unico conosciuto, valido e non impugnato. In mancanza di testamento, se il beneficio è attribuito agli eredi legittimi dell'Assicurato, l'atto notorio dovrà contenere l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentele, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso in cui siano designati beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'atto notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di Beneficiari. Non è consentita la presentazione della dichiarazione sostitutiva di notorietà (di cui all'art.47 del DPR 445/2000) che ha validità unicamente tra privati e organi della Pubblica Amministrazione.

Ogni pagamento viene effettuato, agli aventi diritto, presso la Direzione Generale o il competente soggetto abilitato dalla Compagnia.

I documenti da consegnare SEMPRE alla Compagnia sono:

- Denuncia di sinistro sottoscritta dal Beneficiario (allegare documento di identità e codice fiscale del firmatario);
- Copia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia del **verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente, dal quale si evinca l'esonero da future visite di revisione;**
- Documentazione attestante il diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità (IO);
- Certificato dettagliato, del medico curante dell'Assicurato, sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità, unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri;
- Conferma della eventuale cessazione del rapporto di lavoro rilasciata dal datore di lavoro.

Art. 19 - Accertamento dell'Invalidità Permanente Totale per i dirigenti di aziende industriali

A parziale deroga di quanto previsto agli artt. 17 e 18, **limitatamente ai dirigenti di aziende industriali**, la Compagnia si impegna ad accettare come valido il giudizio sullo stato di Invalidità Permanente Totale così come formulato da:

- INPS o altro ente previdenziale al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità;
- INAIL in caso di Invalidità Permanente Totale di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente.

L'Invalidità Permanente Totale si intenderà riconosciuta a condizione che:

- il riconoscimento del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno di invalidità sia conseguente a **domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro;**
- **la denuncia sia stata inoltrata alla Compagnia entro 90 giorni dall'avvenuto riconoscimento da parte dell'ente obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato.**

Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di Invalidità Permanente Totale, il Capitale assicurato sarà corrisposto contestualmente all'esito di tale riconoscimento.

Nel caso in cui, trascorsi 12 mesi dalla data di presentazione della domanda all'ente previdenziale obbligatorio di appartenenza dell'Assicurato, lo stesso non abbia ancora riconosciuto il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità o qualora l'avesse negato, l'Assicurato ha facoltà entro i successivi 60 giorni e sempreché l'ente previdenziale non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Compagnia - a mezzo di lettera raccomandata A/R - di procedere in via diretta all'accertamento dell'Invalidità Permanente Totale, così come specificato all'art. 17. L'accertamento in via diretta della Compagnia, oltre che nella fattispecie sopra indicata, sarà attivato anche nel caso in cui non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno di invalidità o della pensione di inabilità; in tal caso non verrà attribuita alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva. Resta inteso che qualora venga attivato l'accertamento in via diretta, quest'ultimo prevarrà rispetto all'esito dell'accertamento dell'ente previdenziale.

Art. 20 - Criteri per la determinazione dell'Indennizzo/Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" - per ciascuna garanzia offerta.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n.266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 21 - Richieste di Informazioni

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all'indirizzo:

**Nobis Vita S.p.A., Viale Colleoni 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)
Ufficio Gestione Collettive oppure all'indirizzo Email collettive.vita@nobis.it.**

La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 30 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Art. 22 - Reclami

Art. 22.1 - Reclami all'Impresa di assicurazioni

Eventuali Reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:

Nobis Vita S.p.a. Viale Colleoni 21- 20854 Agrate Brianza (MB) all'indirizzo reclami.vita@nobis.it, oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it. La funzione aziendale incaricata dell'esame dei reclami è il Servizio Gestione dei Reclami con sede in Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza MB.

Il reclamante potrà presentare Reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.nobis.it all'interno della sezione "Info Reclami".

Il Reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il Reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

Ove il Reclamo dovesse pervenire all'Intermediario, lo stesso, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente alla Compagnia affinché provveda ad analizzare il Reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

Art. 22.2 - Reclami all'Intermediario

I Reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

Ove il Reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il Reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto.

Art. 22.3 - Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: ivass@pec.ivass.it, info su www.ivass.it, nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente

sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.

Il reclamante potrà presentare Reclamo all'IVASS utilizzando il modello disponibile sul sito www.ivass.it, avendo cura di indicare i seguenti elementi:

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa;
- documentazione relativa al Reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia o dall'Intermediario.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (L. 98/2013) o di negoziazione assistita (L. 162/2014) salvo eventuali modifiche successive.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per i quali il reclamante abbia già fatto ricorso all'Autorità Giudiziaria.

NOBIS VITA S.p.A.

Sede Legale in Agrate Brianza 20864 (MB) - Viale Colleoni, 21 - Tel. 039.9890.100 - Fax 039.6894.524 - www.nobisvita.it - PEC nobisvita@pec.it - Capitale Sociale € 33.704.000,00 i.v. - Iscrizione C.C.I.A.A. di Monza e Brianza: 2576434 - CF e P.IVA IT09028080159 - Iscrizione al reg. soc. del Tribunale di Milano: 276128/7103/28 - Iscritta al n. 1.00080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e della riassicurazione con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 19/04/89 (G.U. della Repubblica Italiana del 19/05/89 n. 115) società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

NOBIS VITA S.p.A.

Via Colleoni 21, 20864, Agrate Brianza MB, Italia
indirizzo e-mail info.vita@nobis.it,
("Società").

RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI (DPO)

P4i - PARTNERS4INNOVATION s.r.l.

Indirizzo e-mail dpo@nobis.it

CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

- Nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza, numero del documento d'identità, sesso, contatti telefonici, titolo di studio, IBAN (dati "comuni");
- dati relativi alla salute (**categorie particolari di dati**, ex dati "sensibili").

FONTE DEI DATI

I dati sono raccolti, oltre che direttamente presso l'interessato (direttamente da lui forniti), anche da Società del Gruppo, intermediari o broker assicurativi che lavorano per la Società.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
Consentire la gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in relazione ai servizi assicurativi offerti (attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione, valutazione del rischio assicurato e gestione o liquidazione dei sinistri, ecc.)	Esecuzione di un contratto di cui Lei è parte.	Durata contrattuale e, dopo la cessazione, per il periodo di prescrizione ordinario pari a 10 anni. Nel caso di contenzioso giudiziale, per tutta la durata dello stesso, fino all'esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione.
Adempiere ad obblighi previsti da regolamenti e dalla normativa nazionale e sovranazionale applicabile.	Necessità di assolvere gli obblighi di legge.	
Se necessario, per accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare in sede giudiziaria	Interesse legittimo.	
Recupero crediti stragiudiziale	Interesse legittimo.	
Marketing generico: a titolo esemplificativo, invio - con modalità automatizzate di contatto (come sms, mms ed e-mail) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) - di comunicazioni promozionali e commerciali relative a servizi/prodotti offerti dalla Società nonché realizzazione di studi di mercato.	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente
Marketing profilato: analisi delle Sue preferenze, abitudini, scelte di acquisto, interessi al fine di inviarle comunicazioni commerciali personalizzate/ effettuare azioni promozionali mirate.	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente
Marketing di terzi (Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.)	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente
Marketing di terzi (diversi da Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ed appartenenti a tutte le categorie merceologiche).	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente.

Decorso i termini di conservazione sopra indicati, i Dati saranno distrutti, cancellati o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.

OBBLIGATORietà DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Fatta eccezione per i dati di navigazione, necessari per dar corso ai protocolli informatici e telematici, il conferimento dei dati personali da parte degli utenti è libero e facoltativo. Tuttavia, il mancato conferimento dei dati stessi comporterà l'impossibilità di poter procedere alle richieste inoltrate o che l'utente intende inoltrare. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

DESTINATARI DEI DATI

I dati possono essere trattati da soggetti esterni operanti in qualità di titolari quali, a titolo esemplificativo, IVASS; COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate, medici fiduciari e autorità ed organi di vigilanza e controllo ed in generale soggetti, pubblici o privati, legittimati a richiedere i dati.

I dati possono altresì essere trattati, per conto della Società, da soggetti esterni designati come responsabili, a cui sono impartite adeguate istruzioni operative. Tali soggetti sono essenzialmente ricompresi nelle seguenti categorie:

- a. società che offrono servizi di coassicurazione, riassicurazione;
- b. broker, consulenti valutatori;
- c. società che offrono servizi di invio e-mail;
- d. società che offrono servizi di manutenzione del sito web;
- e. società che offrono supporto nella realizzazione di studi di mercato.

SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO

I dati potranno essere trattati dai dipendenti delle funzioni aziendali deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI IN PAESI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA

Non sono previsti trasferimenti di dati fuori dall'Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO - RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

Contattando NOBIS VITA via e-mail all'indirizzo info.vita@nobis.it, gli interessati possono chiedere al titolare l'accesso ai dati che li riguardano, la loro cancellazione, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione dei dati incompleti, la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 GDPR, nonché l'opposizione al trattamento, per motivi connessi alla propria situazione particolare, nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare.

Gli interessati, inoltre, nel caso in cui il trattamento sia basato sul consenso o sul contratto e sia effettuato con strumenti automatizzati hanno il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti. Gli interessati hanno il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento per finalità di marketing e/o di profilazione, nonché di opporsi al trattamento dei dati per finalità di marketing, compresa la profilazione connessa al marketing diretto. Resta ferma la possibilità per l'interessato che preferisca essere contattato per la suddetta finalità esclusivamente tramite modalità tradizionali, di manifestare la sua opposizione solo alla ricezione di comunicazioni attraverso modalità automatizzate.

Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiedono abitualmente o lavorano o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

Modulo di proposta di assicurazione collettiva n. _____

Intermediario _____ Codice Intermediario _____ Consulente _____

DATI DI PROPOSTA

CONTRAENTE, AZIENDA DIRETTA o CASSA

DENOMINAZIONE SOCIALE _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____
Appartenenza a un gruppo ☐ SÌ ☐ NO (se sì specificare) _____
Denominazione capogruppo _____ Paese sede legale capogruppo _____ Tipologia Societaria _____
Nella catena partecipativa c'è un trust, una fiduciaria o una società anonima ☐ SÌ ☐ NO
Nazione (trust/fiduciaria/società anonima) _____
Specificare: ☐ Ditta individuale ☐ Enti religiosi Fiduciaria ☐ No profit (associazione) ☐ Società quotata in Borsa ☐ Trust
Paese in cui il contraente svolge la propria attività ITALIA
Paese/i con cui il contraente svolge la propria attività d'affari ITALIA
Numero di iscrizione nel Registro delle Imprese ovvero nel Registro delle Persone Giuridiche _____
Natura Giuridica _____ Data costituzione _____ Nazione di costituzione _____
Luogo di costituzione _____ Prov. _____
Indirizzo Sede Legale _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Domicilio Sede operativa _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Presso - c/o _____ E-mail _____ Telefono _____
S.A.E. _____ Descrizione _____ T.A.E. _____ Descrizione _____ ATECO _____ Descrizione _____
Allegare Visura Camerale

CONTRAENTE (da compilare solo per aziende associate a casse di assistenza)

DENOMINAZIONE SOCIALE _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____
Appartenenza a un gruppo ☐ SÌ ☐ NO (se sì specificare) _____
Denominazione capogruppo _____ Paese sede legale capogruppo _____ Tipologia Societaria _____
Nella catena partecipativa c'è un trust, una fiduciaria o una società anonima ☐ SÌ ☐ NO
Nazione (trust/fiduciaria/società anonima) _____
Specificare: ☐ Ditta individuale ☐ Enti religiosi Fiduciaria ☐ No profit (associazione) ☐ Società quotata in Borsa ☐ Trust
Paese in cui il contraente svolge la propria attività ITALIA
Paese/i con cui il contraente svolge la propria attività d'affari ITALIA
Numero di iscrizione nel Registro delle Imprese ovvero nel Registro delle Persone Giuridiche _____
Natura Giuridica _____ Data costituzione _____ Nazione di costituzione _____
Luogo di costituzione _____ Prov. _____
Indirizzo Sede Legale _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Domicilio Sede operativa _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Presso - c/o _____ E-mail _____ Telefono _____
S.A.E. _____ Descrizione _____ T.A.E. _____ Descrizione _____ ATECO _____ Descrizione _____
Allegare Visura Camerale

SOGGETTO ESECUTORE

☐ Legale Rappresentante ☐ Delegato

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Titolo di studio _____ Professione _____
Attività prevalentemente svolta _____ Attività svolta in passato _____
Paese in cui l'esecutore svolge la propria attività T.A.E. _____
Paese/i con cui l'esecutore svolge la propria attività d'affari _____
Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
Nazione _____ Presso c/o _____
Domicilio (compilare se diverso da residenza) _____ CAP _____ Comune _____
Prov. _____ Nazione _____ Presso c/o _____
Tipo documento _____ Numero _____ Ente rilascio _____
Data rilascio _____ Data scadenza _____ Comune rilascio _____ Prov. rilascio _____
Nazione _____ Recapito _____ E-mail _____
Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO
Relazione tra contraente e Legale Rappresentante/Delegato (specificare) _____

1 - ANAGRAFICA TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Titolo di studio _____ Professione _____
 Attività prevalentemente svolta _____ Attività svolta in passato _____
 Paese in cui l'esecutore svolge la propria attività T.A.E. _____
 Paese/i con cui l'esecutore svolge la propria attività d'affari _____
 Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____ Presso c/o _____
 Domicilio (compilare se diverso da residenza) _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
 Presso c/o _____ Tipo documento _____ Numero _____ Ente rilascio _____
 Data rilascio _____ Data scadenza _____ Comune rilascio _____ Prov. rilascio _____
 Recapito _____ E-mail _____
 Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO

Ulteriori informazioni sul Titolare Effettivo:

☐ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente (specificare) _____
☐ Titolare effettivo legato al Contraente da altro legame (specificare) _____

Individuazione titolare effettivo

☐ Altro legame con specifiche deleghe ☐ Amministratore Delegato ☐ Amministratore della società ☐ Beneficiario del trust
☐ Beneficiario dell'ente no profit ☐ Dirigente della società ☐ Disponente (costituente) del trust
☐ Fondatore dell'ente no profit ☐ Guardiano del trust ☐ Legale rappresentante
☐ Socio partecipazione diretta > 25% ☐ Socio partecipazione indiretta > 25%
☐ Soggetto che detiene il controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea
☐ Soggetto che detiene il controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea
☐ Soggetto che esercita il controllo del trust
☐ Soggetto che, in virtù di particolari vincoli contrattuali, esercita un'influenza dominante
☐ Titolare di poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione dell'ente no profit ☐ Trustee del trust

2 - ANAGRAFICA TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Titolo di studio _____ Professione _____
 Attività prevalentemente svolta _____ Attività svolta in passato _____
 Paese in cui l'esecutore svolge la propria attività T.A.E. _____
 Paese/i con cui l'esecutore svolge la propria attività d'affari _____
 Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____ Presso c/o _____
 Domicilio (compilare se diverso da residenza) _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
 Presso c/o _____ Tipo documento _____ Numero _____ Ente rilascio _____
 Data rilascio _____ Data scadenza _____ Comune rilascio _____ Prov. rilascio _____
 Recapito _____ E-mail _____
 Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO

Ulteriori informazioni sul Titolare Effettivo:

☐ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente (specificare) _____
☐ Titolare effettivo legato al Contraente da altro legame (specificare) _____

Individuazione titolare effettivo

☐ Altro legame con specifiche deleghe ☐ Amministratore Delegato ☐ Amministratore della società ☐ Beneficiario del trust
☐ Beneficiario dell'ente no profit ☐ Dirigente della società ☐ Disponente (costituente) del trust
☐ Fondatore dell'ente no profit ☐ Guardiano del trust ☐ Legale rappresentante
☐ Socio partecipazione diretta > 25% ☐ Socio partecipazione indiretta > 25%
☐ Soggetto che detiene il controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea
☐ Soggetto che detiene il controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea
☐ Soggetto che esercita il controllo del trust
☐ Soggetto che, in virtù di particolari vincoli contrattuali, esercita un'influenza dominante
☐ Titolare di poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione dell'ente no profit ☐ Trustee del trust

3 - ANAGRAFICA TITOLARE EFFETTIVO

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Titolo di studio _____ Professione _____
 Attività prevalentemente svolta _____ Attività svolta in passato _____
 Paese in cui l'esecutore svolge la propria attività T.A.E. _____
 Paese/i con cui l'esecutore svolge la propria attività d'affari _____
 Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____ Presso c/o _____
 Domicilio (compilare se diverso da residenza) _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____
 Presso c/o _____ Tipo documento _____ Numero _____ Ente rilascio _____
 Data rilascio _____ Data scadenza _____ Comune rilascio _____ Prov. rilascio _____
 Recapito _____ E-mail _____
 Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO

Ulteriori informazioni sul Titolare Effettivo:

- ☐ Titolare effettivo legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente (specificare) _____
☐ Titolare effettivo legato al Contraente da altro legame (specificare) _____

Individuazione titolare effettivo

- ☐ Altro legame con specifiche deleghe ☐ Amministratore Delegato ☐ Amministratore della società ☐ Beneficiario del trust
☐ Beneficiario dell'ente no profit ☐ Dirigente della società ☐ Disponente (costituente) del trust
☐ Fondatore dell'ente no profit ☐ Guardiano del trust ☐ Legale rappresentante
☐ Socio partecipazione diretta > 25% ☐ Socio partecipazione indiretta > 25%
☐ Soggetto che detiene il controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea
☐ Soggetto che detiene il controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea
☐ Soggetto che esercita il controllo del trust
☐ Soggetto che, in virtù di particolari vincoli contrattuali, esercita un'influenza dominante
☐ Titolare di poteri di rappresentanza legale, direzione e amministrazione dell'ente no profit ☐ Trustee del trust

Il Contraente richiede a Nobis Vita S.p.A. l'emissione della Convenzione per le coperture previste da:

- ☐ C.C.N.L. di categoria
☐ Accordo/Regolamento Aziendale
☐ altro

In favore dei propri

- ☐ dirigenti;
☐ quadri o impiegati;
☐ altro

in base ai dati forniti, per l'Assicurazione Temporanea Caso Morte ed in base ai documenti che costituiscono il **Set Informativo** composto dall'informativa precontrattuale DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di Assicurazione e Glossario di cui la presente proposta di assicurazione è parte integrante, che dichiara di ben conoscere ed accettare.

Dichiara di aver ricevuto il **Set Informativo** del prodotto Temporanea Caso Morte di Gruppo tariffa ☐ T5C2017 ☐ T8C2017

Dichiara di attribuire il beneficio delle prestazioni in favore di:

- ☐ contraente;
☐ aventi diritto previsti da C.C.N.L., accordi integrativi, regolamenti aziendali;
☐ persone designate dall'Assicurato;
☐ eredi legittimi.

Il Contraente è tenuto al versamento del premio risultante dalla polizza elenco emessa dalla Compagnia tramite bonifico bancario con accredito sul conto corrente intestato alla Compagnia o al competente soggetto autorizzato dalla Compagnia.

Il Contraente dichiara che le prestazioni previste dal presente Set Informativo composto dall'informativa precontrattuale DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di Assicurazione e Glossario, dalla presente proposta di assicurazione sono adeguate alle proprie esigenze assicurative.

Il Contraente dichiara altresì che provvederà ad informare gli Assicurati circa le condizioni contrattuali contenute nel presente fascicolo e delle seguenti avvertenze relative alla compilazione dell'eventuale questionario sanitario:

- a. le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
b. prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto abilitato di cui alla lettera a. deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
c. anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

La convenzione verrà emessa con effetto dalle ore 00 del _____ e scadenza alle ore 00 del _____ salvo rinnovo.

Firma del Titolare e/o Assicurato

Firma dell'intermediario

Luogo e data _____

Consulenza di sintesi dell'intermediario sul prodotto consigliato (barrare le caselle a cura dell'intermediario)

- ☐ Il presente prodotto risulta coerente con le esigenze assicurative del Cliente sulla base delle informazioni rese dallo stesso ed in base alle sue conoscenze ed esperienze, alle condizioni finanziarie e personali, nonché alla propensione al rischio. Inoltre, risulta adeguato in quanto:
- ☐ entità dell'investimento in linea con quanto evidenziato dal cliente
 - ☐ coerenza tra orizzonte temporale e durata consigliata del prodotto
 - ☐ coerenza con la durata attesa
 - ☐ coerenza tra prodotto e finalità di protezione del capitale
 - ☐ il prodotto prevede prestazioni in presenza di rischi gravi
 - ☐ coerenza tra prodotto e finalità di investimento del capitale
 - ☐ coerenza tra prodotto a premi ricorrenti e dichiarazione sulla modalità di investimento periodico
 - ☐ coerenza tra prodotto a premio unico e dichiarazione sulle modalità di investimento
- ☐ Il presente prodotto NON risulta coerente e adeguato e non può quindi essere acquistato.

L'Intermediario

Luogo e data _____

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Persona Giuridica

Attività prevalentemente svolta

- ☐ Ditta individuale ☐ Enti Religiosi ☐ Esenti (Ente creditizio o finanziario) ☐ Società quotata ☐ Altra tipologia societaria
☐ Non profit ☐ Area di assistenza ☐ Area di promozione sociale e/o culturale ☐ Area di promozione del territorio e/o ambientale
☐ Altro (specificare) _____

TITOLARE EFFETTIVO _____

Lo scopo dell'operazione è per esigenze aziendali.

Nazione di provenienza dei fondi ITALIA

Origine dei fondi

- ☐ Lascito/Eredità/Donazione
☐ Vendita immobiliare/Rendite da immobili
☐ Utile societario/Reddito d'impresa

Risultato economico ultimo esercizio: ☐ Utile ☐ Perdita Numero di esercizi consecutivi in perdita: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 o oltre.

Fatturato annuo lordo del Contraente

- ☐ da € 0 a € 2.500 ☐ da € 2.501 a € 20.000 ☐ da € 20.001 a € 50.000 ☐ da € 50.001 a € 100.000 ☐ da € 100.001 a € 250.000
☐ da € 250.001 a € 500.000 ☐ da € 500.001 a € 1.000.000 ☐ da € 1.000.001 a € 2.000.000 ☐ da € 2.000.001 a € 10.000.000
☐ da € 10.000.001 a € 50.000.000 ☐ superiore a € 50.000.000

Ulteriore disponibilità patrimoniale:

- ☐ da € 0 a € 50.000 ☐ da € 50.001 a € 200.000 ☐ da € 200.001 a € 1.000.000 ☐ Superiore a € 1.000.000

DICHIARAZIONI DELL'INTERMEDIARIO

Modalità di apertura del rapporto

☐ In presenza del cliente/legale rappresentante ☐ In presenza del solo delegato ☐ Mediante telefono o attraverso internet

Comportamento tenuto dal cliente al compimento dell'operazione o all'instaurazione del rapporto

☐ Normale ☐ Riluttante a fornire informazioni sufficienti ☐ Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione

☐ Il cliente intende operare con modalità non usuali (specificare) _____

Compatibilità del rapporto/operazione rispetto alla complessiva situazione del cliente

☐ Polizza/operazione compatibile con la complessiva situazione del cliente (attività svolta; profilo economico patrimoniale; scopo e natura del rapporto/operazione)

☐ Polizza/operazione non compatibile con la complessiva situazione del cliente

☐ Non conoscenza della compatibilità

Da quanti anni è attivo il suo rapporto con il cliente

☐ meno di un anno ☐ da 1 a 5 anni ☐ più di 5 anni

Coerenza delle informazioni acquisite, con le verifiche svolte dall'intermediario

☐ Coerente (specificare) _____

☐ Non coerente (specificare) _____

L'Intermediario/Il Consulente

Luogo e data _____

Io sottoscritto _____ nel confermare la regolare acquisizione del presente modulo di Proposta ed inviandolo a Nobis Vita S.p.A., attesto che lo stesso è stato correttamente compilato, che le firme sopra riportate sono state apposte dagli interessati in mia presenza e dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver identificato, anche ai sensi del D.lgs 231 del 21 novembre 2007 e successive modifiche ed integrazioni, i soggetti firmatari e di aver verificato la veridicità dei dati relativi.

L'Intermediario/Il Consulente

Luogo e data _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), consegnata unitamente alle Condizioni Contrattuali di Assicurazione:

ACCONSENTE ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano, quando forniti per l'esecuzione del contratto, funzionale al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Nobis Vita S.p.A..

☐ SÌ ☐ NO

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Nobis Vita S.p.A. per finalità utili alla proposizione commerciale.

☐ SÌ ☐ NO

ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali effettuato da Nobis Vita S.p.A. per finalità di profilazione utile a conoscere meglio le Sue aree di rischio anche verificando le Sue abitudini di acquisto assicurative così da proporre il miglior servizio possibile.

☐ SÌ ☐ NO

ACCONSENTE alla comunicazione dei propri dati personali a società terze che li tratteranno per finalità commerciali in qualità di titolari autonomi.

☐ SÌ ☐ NO

Dichiaro che i flag apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà, anche qualora siano stati inseriti a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

L'Intermediario

Il Contraente/Il Rappresentante Legale/ Il Delegato



Nobis Vita S.p.A.

Sede Legale:

Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

Direzione Generale:

Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039. 9890.100

F + 39 039. 6894.524

info.vita@nobis.it

www.nobis.it