



GOLD COVER

MODELLO COG.2022-2025.001 - EDIZIONE 01.02.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI, MALATTIA E PERDITE PECUNIARIE, ASSISTENZA

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Danni;
 - 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

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894147

NUMERO dall'estero
+39.039.9890.720

SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

NOBIS CON TE è l'app dedicata ai clienti
danni di Nobis Assicurazioni che permette
di avere a portata di mano:

- ✓ tutte le polizze sottoscritte con la documentazione contrattuale
- ✓ i dati dell'intermediario sempre a disposizione
- ✓ uno spazio semplice per gestire i sinistri
- ✓ assistenza in tempo reale, 24 ore al giorno



SCARICA NOBIS CON TE GRATUITAMENTE E ACCEDI CON IL TUO NUMERO DI POLIZZA.



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Gold Cover



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

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

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza copre i danni subiti dall'Assicurato in caso di **Perdita d'Impiego, Ricovero ospedaliero da infortunio o malattia anche a seguito di Pandemia in Strutture Sanitarie Pubbliche, Invalidità permanente da infortunio, Morte da infortunio ed Assistenza** e si articola in due pacchetti, composti come segue:

PACCHETTO 1: Perdita di Impiego (Garanzia non operante per il Dipendente Pubblico), Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Invalidità Permanente da Infortunio, Assistenza.

PACCHETTO 2: Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Invalidità Permanente da Infortunio, Assistenza.

Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti dal Modulo di Polizza sottoscritto dal Contraente e dal Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato.

CHE COSA È ASSICURATO?

✓ Perdita d'Impiego (non operante per Dipendenti Pubblici e Pensionati)

La garanzia è operante qualora la Disoccupazione superi il periodo di Carenza. Qualora la Disoccupazione sia conseguenza:

- di un licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
- della sottoposizione dell'Azienda a una procedura liquidativa concorsuale (con esclusione della messa in liquidazione volontaria);
- dalla congiunta diminuzione del Prodotto Interno Lordo (P.I.L.) pari o superiore al 1% e dalla riduzione del fatturato pari o superiore al 50% a seconda del tipo di attività svolta,

L'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari al valore del veicolo al momento del sinistro desunto da Quattroruote.

✓ Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia presso Strutture sanitarie pubbliche

L'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari al valore del veicolo al momento del sinistro desunto da Quattroruote. La garanzia è operante qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia di 15 giorni e trascorso il periodo di Carenza di 90 giorni.

✓ Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture sanitarie pubbliche

L'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari al valore del veicolo al momento del sinistro desunto da Quattroruote. La garanzia è operante qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia di 15 giorni e trascorso il periodo di Carenza di 90 giorni.

✓ Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa in caso di Invalidità Permanente derivante da infortunio riconosce un indennizzo pari al valore del veicolo al momento del sinistro desunto da Quattroruote, qualora l'invalidità risulti avere un grado superiore al 15%. Per questa garanzia si applica un periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione.

✓ Morte da infortunio

L'Impresa in caso di morte da infortunio corrisponderà un indennizzo pari al valore della vettura risultante da Quattroruote alla data dell'evento.

L'Impresa, in caso di Morte improvvisa sopravvenuta a seguito di infortunio verificatosi durante il periodo della copertura assicurativa, corrisponderà un indennizzo pari al valore della vettura - risultante da Quattroruote alla data dell'evento - ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

✓ Assistenza

Le seguenti prestazioni sono operanti per tutte le tipologie di assicurati:

- Consulti medici:** a prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno;
- Invio medico in Italia;**
- Rete sanitaria;**
- Gestione dell'appuntamento;**
- Care Manager:** la prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno assicurativo;
- Job coaching in caso di perdita d'impiego:** la prestazione a carico dell'Impresa fino a 5 ore di consulenza per anno assicurativo;
- Assistenza domiciliare:** la prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno assicurativo;
- Assistenza funeraria;**
- Pet sitter** la prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno assicurativo;
- Consegna farmaci a domicilio:** la prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno;
- Assistenza infermieristica:** massimale euro 60,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi;
- Trasporto sanitario:** massimale euro 5.000,00 per sinistro e per anno;
- Trasporto in ambulanza:** la prestazione è fornita per un massimo di 1 volta l'anno.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

✗ Non sono assicurabili le persone che non abbiano i requisiti corrispondenti a quanto sotto indicato:

- abbiano un'età compresa tra 18 anni e 70 anni;
- alla data di sottoscrizione del contratto di assicurazione godano di buona salute e cioè non siano affetti da Malattie o lesioni gravi che necessitino di trattamento medico e/o terapeutico regolare e continuativo;
- siano contraenti di un contratto di compravendita per l'acquisto di un veicolo come meglio definito del Glossario;
- siano lavoratori dipendenti privati o pubblici con almeno 12 mesi di anzianità lavorativa presso l'Azienda dove viene svolta la propria mansione, così come meglio definito nel Glossario del presente contratto;
- siano lavoratori autonomi di tipologia A o B così come meglio definito nel Glossario del presente contratto con almeno 36 mesi di anzianità di iscrizione presso la CCIAA oppure presso l'eventuale Albo dell'Ordine professionale di riferimento;
- siano Pensionati o Dipendenti Lavoratori Pubblici (questa categoria non può accedere alla copertura Perdita di Impiego);
- siano residenti o abbiano la sede legale in Italia.

✗ Non sono assicurabili i soggetti già a conoscenza di fatti o informazioni dalle quali non sia possibile ipotizzare la Perdita di Impiego;

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Sono esclusi dall'Assicurazione gli **Infortuni** causati da:

- ! eventi accaduti prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e loro seguiti o conseguenze;
- ! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;
- ! partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche (anche di pura regolarità) e nelle relative prove;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere sport estremi e trekking effettuato oltre i 3.000 mt s.l.m.;
- ! partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ! infarti, ernie;
- ! etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti popolari e ogni altro evento sociopolitico;
- ! guerra anche non dichiarata, guerra civile, insurrezioni e atti di terrorismo;

- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ! eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, inclusi gli stati di stress;
- ! qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

Sono esclusi dall'Assicurazione le **Malattie**:

- ! che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e, comunque, già note in quel momento all'Assicurato in quanto oggetto a tale data di consultazione e/o esame da parte di un medico e/o di trattamento medico e/o di ricovero ospedaliero e/o prescrizione di medicine e/o accertamenti;
 - ! da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso di psicofarmaci o stupefacenti a meno che sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
 - ! derivanti da sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
 - ! derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - ! derivanti da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
 - ! derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- Non sono inoltre considerati Malattia:
- ! il mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici;
 - ! le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi;
 - ! l'infertilità, l'impotenza e la sterilità;
 - ! il parto e l'aborto volontario non terapeutico.

Limitatamente alla garanzia **Perdita di Impiego**, sono esclusi dall'Assicurazione i lavoratori dipendenti pubblici e i Pensionati, i lavoratori dipendenti privati che non abbiano almeno 12 mesi di anzianità lavorativa presso l'Azienda dove viene svolta la propria mansione, i lavoratori autonomi che non abbiano almeno 36 mesi di anzianità di iscrizione presso la CCIAA e i casi di Disoccupazione derivante da:

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

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

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

Sono escluse dall'assicurazione le **invalidità permanenti**:

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



DOVE VALE LA COPERTURA?

La copertura offerta dal Capitolo 1 (Infortuni e malattia) è valida per gli accadimenti verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico abilitato all'esercizio della professione in Italia. Tuttavia, la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta euro.

La copertura offerta dal Capitolo 2 (Perdite pecuniarie) è valida per gli accadimenti verificatisi o processualmente trattabili esclusivamente in Italia.

La copertura offerta dal Capitolo 3 (Assistenza) si ritiene estesa in tutto il Mondo.



CHE OBBLIGHI HO?

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

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

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



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

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

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Il contratto ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato nel Modulo di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il contratto ha durata pluriennale e cesserà alla sua naturale scadenza senza possibilità di rinnovo tacito. La singola copertura assicurativa avrà la durata prescelta dall'Assicurato e risultante dal Modulo di Polizza, con un minimo di 36 mesi e un massimo di 120 mesi.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

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

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

L'Assicurato può recedere dal Contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza della polizza indicata sul Modulo di Adesione, per ripensamento, ma deve comunicarlo con raccomandata A/R o P.e.c. all'Impresa. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24,00 del giorno di spedizione della raccomandata AR o della P.e.c..

Il recesso comporterà, da parte dell'Impresa, il rimborso del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, anche per l'eventuale tramite del Contraente.

Qualora la durata della copertura assicurativa sia superiore ai 5 anni, l'Assicurato, decorsi i 5 anni di durata, può inoltre recedere annualmente dall'Assicurazione, senza oneri, con preavviso di 60 (sessanta) giorni inoltrato con raccomandata A/R o P.e.c, con diritto alla restituzione delle annualità di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge.

Stante la durata contrattuale poliennale, l'Assicurato beneficerà di uno sconto sul premio rispetto all'analogha copertura annuale pari al 5%. Pertanto, in base al disposto dell'art. 1899 Codice Civile, l'Assicurato stesso non potrà disdire il contratto prima della scadenza quinquennale.

In caso di trasferimento della proprietà del veicolo o di perdita della proprietà dello stesso, l'Assicurato potrà recedere dal contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo PEC da trasmettere all'Impresa. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24,00 del giorno di spedizione della raccomandata A/R o della PEC. In tal caso, l'Impresa provvederà a rimborsare il premio pagato e non goduto, al netto delle imposte previste per legge.

ASSICURAZIONE PERDITA DI IMPIEGO, INFORTUNI, MALATTIA E ASSISTENZA

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



Prodotto: Gold Cover

Versione n. 1 di Febbraio 2025 (ultima versione disponibile)

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 10071 Borgaro Torinese (TO) alla via Lanzo 29 e Direzione Generale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet www.nobis.it, e-mail: assicurazioni@nobis.it, PEC: nobisassicurazioni@pec.it. È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Nobis Holding S.p.A., Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritta al n. P0075 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

Esercizio 2023

Bilancio approvato il 22/04/2024

Il patrimonio netto di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad €. 141.313.131 ed il risultato economico di periodo ammonta ad €. 34.092.948,24.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, si specifica che il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 193,25% e si richiama l'attenzione del Contraente in merito alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito dell'Impresa al seguente link: <https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/>.

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

Prodotto

CHE COSA È ASSICURATO?

Il prodotto Gold Cover offre delle coperture predisposte per una serie di eventi che colpiscono l'Assicurato che abbia acquistato un veicolo. Le coperture assicurative possono essere riepilogate come segue:

- Perdita d'impiego;
- Ricovero ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture Sanitarie Pubbliche;
- Ricovero ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture Sanitarie Pubbliche;
- Invalidità Permanente da Infortunio;
- Assistenza.

In merito alle garanzie sopra indicate non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel Dip Danni del prodotto Gold Cover.

Qualora l'Assicurato scelga una durata contrattuale poliennale, beneficerà di uno sconto sul premio rispetto all'analoga copertura annuale pari al 5%.

Non sono previste opzioni che comportino una maggiorazione di premio.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Qui di seguito, si riportano le principali limitazioni specifiche per ciascuna garanzia. Le esclusioni, valide per tutte le garanzie, sono già state elencate nel DIP Danni.

Perdita di Impiego

La garanzia non prevede un periodo di franchigia. Periodo di Carenza: 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione; qualora la Perdita di Impiego avvenga quindi entro 90 giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo.

	Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita di Impiego la copertura assicurativa della polizza cessa dalle ore 24,00 della data del sinistro indennizzato ed il premio pagato per l'intera durata del contratto resta acquisito dall'Impresa.
Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture Sanitarie Pubbliche	La garanzia prevede un periodo di franchigia pari a 15 giorni. Periodo di Carenza: 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga quindi entro 90 giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero la copertura assicurativa della polizza cessa dalle ore 24,00 della data del sinistro indennizzato ed il premio pagato per l'intera durata del contratto resta acquisito dall'Impresa.
Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture Sanitarie Pubbliche	La garanzia prevede un periodo di franchigia pari a 15 giorni. Periodo di Carenza 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione; qualora il Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia avvenga quindi entro 90 giorni da tale data, non verrà corrisposto alcun Indennizzo. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia la copertura assicurativa della polizza cessa dalle ore 24,00 della data del sinistro indennizzato ed il premio pagato per l'intera durata del contratto resta acquisito dall'Impresa.
Invalità Permanente da Infortunio	Periodo di Carenza 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalità Permanente accertata sia di grado inferiore al 15% della totale.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

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

- abbia età compresa tra 18 anni e 70 anni;
- alla data di sottoscrizione del contratto di assicurazione goda di buona salute e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuativo;
- non sia già a conoscenza di fatti o informazioni in base ai quali sia possibile ipotizzare la Perdita di Lavoro durante la vigenza della copertura;
- sia residente o abbia la sede legale in Italia;
- sia Contraente di un contratto di compravendita per l'acquisto di un veicolo come meglio definito nel Glossario;
- sia lavoratore dipendente privato o pubblico con almeno 12 mesi di anzianità lavorativa presso l'Azienda dove viene svolta la propria mansione, così come meglio definito nel Glossario del presente contratto;
- sia lavoratore autonomo di tipologia A o B così come meglio definito nel Glossario del presente contratto con almeno 36 mesi di anzianità di iscrizione presso la CCIAA oppure presso l'Albo dell'Ordine professionale di riferimento;
- sia Pensionato.

Lavoratori dipendenti pubblici e Pensionati non possono accedere alla copertura Perdita di Impiego.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

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

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il ramo 1 (Infortuni) è pari al 37,40%, per il ramo 2 (Malattia) è pari al 23,11%; per il ramo 16 (Perdite pecuniarie) è pari al 36,50%; per il ramo 18 (Assistenza) è pari al 39,40%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza (MB) – Tel. 039.9890001, Fax 039.6890.432 – reclami@nobis.it. La risposta al reclamo verrà effettuata entro 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile. In caso di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità e/o la quantificazione dell'Indennizzo relativamente a Sinistri di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero, ciascuna delle parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto. In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro. Resta sin d'ora inteso che la città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale:

- Ramo 1 – Infortuni: imposte sul premio pari al **2,50%**;
- Ramo 2 – Malattia: imposte sul premio pari al **2,50%**;
- Ramo 16 – Perdite Pecuniarie: imposte sul premio pari al **21,25%**.
- Ramo 18 – Assistenza: imposte sul premio pari al **10%**.

Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono detraibili al 19% nei seguenti casi e alle seguenti condizioni.

- Infortuni (Ramo 1 e Ramo 3 se il conducente è identificato in polizza) e malattia (Ramo 2): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5 per cento, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti.
- Malattia (Ramo 2): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, su una spesa massima di 1.291,14 euro, anche in presenza di più contratti.
- Infortuni (Ramo 1): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL).

In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile.

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

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Determinazione del premio	3
Art. 2 – Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione	3
Art. 3 – Polizza collettiva ad adesione	3
Art. 4 – Comunicazione per l'operatività della polizza.....	3
Art. 5 – Validità	3
Art. 6 – Durata del contratto.....	4
Art. 6 Bis – Durata delle singole applicazioni.....	4
Art. 7 – Persone assicurabili	4
Art. 8 – Validità territoriale.....	4
Art. 9 – Assicurazione presso diversi assicuratori.....	4
Art. 10 – Modifiche dell'assicurazione	4
Art. 11 – Oneri fiscali.....	4
Art. 12 – Rinvio alle norme di legge	4
Art. 13 – Cessione dei diritti	4
Art. 14 – Comunicazioni	4
Art. 15 – Ricorso all'arbitrato	4
Art. 16 – Diritto di recesso in caso di sinistro	5
Art. 17 – Recesso dell'Assicurato e diritto di ripensamento	5
Art. 18 – Cessazione della polizza	5
Art. 19 – Interruzione del contratto di assicurazione	5
Art. 20 – Sospensione in corso di contratto.....	5
Art. 21 – Prescrizione dei diritti	5
Art. 22 - Beneficiari	5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	6
CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA	6
Art. 23 – Oggetto dell'assicurazione	6
Art. 24 – Modifica della garanzia	6
Art. 25 – Cessione del contratto – Cessione dei diritti.....	6
Art. 26 – Esclusioni valide per il capitolo 1	6
Art. 27 – Indennizzo – Limite di indennizzo	7
Art. 28 – Periodo di franchigia – Periodo di carenza.....	8
Art. 29 – Modifiche dei limiti di cui agli artt. 27 E 28.....	8
CAPITOLO 2 – PERDITE PECUNIARIE	8
Art. 30 – Oggetto dell'assicurazione	8
Art. 31 – Variazione della posizione lavorativa.....	8
Art. 32 – Cessione del contratto – Cessione dei diritti.....	9
Art. 33 – Esclusioni valide per il capitolo 2.....	9
Art. 34- Indennizzo – Limite di indennizzo	9
Art. 35 – Periodo di carenza – Criterio di liquidazione	9
Art. 36 – Modifica della garanzia	9
CAPITOLO 3 – ASSISTENZA	9
Art. 37 – Oggetto dell'assicurazione	9
Art. 37.1 Consulti medici	9
Art. 37.2 Invio medico in Italia.....	9
Art. 37.3 Rete sanitaria.....	10
Art. 37.4 Gestione dell'appuntamento	10
Art. 37.5 Care manager	10
Art. 37.6 Job coaching in caso di perdita d'impiego.....	10
Art. 37.7 Assistenza domiciliare	10
Art. 37.8 Assistenza funeraria	10
Art. 37.9 Pet sitter	10
Art. 37.10 Consegna farmaci a domicilio	10
Art. 37.11 Assistenza infermieristica	10
Art. 37.12 Trasporto sanitario	11
Art. 37.13 Trasporto in ambulanza.....	11
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	12
Art. 38 – Obblighi in caso di sinistro	12
APPENDICE NORMATIVA	14
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)	16

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.

Applicazione: documento attestante la posizione assicurativa del singolo Assicurato;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Audiofonovisivi/ Accessori (optional): le apparecchiature/installazioni aggiuntive rispetto alla dotazione del veicolo fornita dalla Casa Costruttrice e/o documentati nella fattura di acquisto del veicolo. Tali "accessori" devono essere stabilmente installati sul veicolo e da esso non amovibili (esclusa comunque ogni loro parte amovibile) e si intendono radio, lettore CD/MP3/DVD, navigatore satellitare, televisori/monitors, impianto Hi-Fi ed apparecchi simili.

Gli accessori sono garantiti a condizione che il loro valore rientri nel capitale assicurato.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, la presenza di tali accessori deve essere comprovata da apposita documentazione.

Beneficiari: gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o le altre Persone da questi designate, ai quali l'Impresa deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;

Capitale assicurato: il valore della vettura comprensivo degli accessori (optional) ed audiofonovisivi (devono risultare dalla fattura di acquisto del veicolo stesso) desunto da Quattroruote al momento dell'evento;

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa nell'interesse proprio o di altre persone, nonché il concessionario proposto alla vendita di veicoli;

Disoccupazione: la posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente Privato che:

- abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un'indennità derivante da trattamento di "mobilità" e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro;

Franchigia/Scoperto: parte del danno (in somma fissa o percentuale) a carico dell'Assicurato;

Giustificato motivo oggettivo: si intende rientrante in tale definizione, la Perdita di Impiego del Lavoratore Dipendente Privato a seguito di:

- riduzione del personale conseguente a crisi del settore in cui opera il datore di lavoro;
- diminuzione del fatturato;
- soppressione del posto di lavoro e conseguente redistribuzione delle mansioni prima svolte dal lavoratore licenziato agli altri dipendenti rimasti in servizio;
- soppressione del settore o del reparto lavorativo o unità produttiva cui era addetto il dipendente;
- cessazione dell'attività aziendale;
- esternalizzazione di un servizio o dell'attività lavorativa.

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

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro;

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono considerati Infortunio:

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

Invalità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;

IVASS (già ISVAP): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni;

Lavoratore Autonomo (Tipologia A): la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare da almeno 36 mesi e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt.29, 49, 51 del D.P.R. 22 Dicembre 1986, n°917 e successive modifiche, e/o di redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisca un reddito da lavoro dipendente (così come indicato nella definizione di Lavoratore Dipendente) o di pensione.

Libero Professionista o Legale Rappresentante di Ditta Individuale o Società Semplice (Tipologia B): la persona fisica che eserciti un'attività lavorativa regolare da almeno 36 mesi e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt.29, 49, 51 del D.P.R. 22 Dicembre 1986, n°917 e successive modifiche, e/o di redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone e che, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), non percepisca un reddito da lavoro dipendente (così come indicato nella definizione di Lavoratore Dipendente) o di pensione.

Lavoratore Dipendente Privato (Tipologia C): la persona fisica che abbia superato il periodo di prova e che risulti assunta da almeno 12 mesi e che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente che compori un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori inquadrati in base a contratti:

- a tempo determinato;
- di inserimento (ex contratto di formazione lavoro);
- di apprendistato;
- di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);
- assunti con contratto Job Acts.

Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

Lavoratore Dipendente Pubblico (Tipologia D): la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione con anzianità di servizio di almeno 12 mesi. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni,

le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L.70/1975.

Il lavoratore Dipendente Pubblico può acquistare le sole garanzie "Infortuni e Malattia" e "Assistenza", e non sarà coperto per la garanzia Perdita d'Impiego;

Pensionato (Tipologia D): la persona fisica che ha maturato il diritto a percepire una rendita corrisposta da parte dello Stato o da appositi enti pubblici o privati, al raggiungimento di una determinata età e in relazione agli anni di servizio prestati, oppure al verificarsi di altre condizioni predeterminate, come l'invalidità.

Il Pensionato può acquistare le sole garanzie "Infortuni e Malattia" e "Assistenza", e non sarà coperto per la garanzia Perdita d'Impiego;

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

Malattie Coesistenti: le malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;

Malattie Concorrenti: le malattie o invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale;

Modulo di Polizza: documento attestante la sottoscrizione del contratto da parte del Contraente;

Modulo di Adesione: il documento sottoscritto dall'Assicurato che prova l'adesione alla Polizza;

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

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente; sono altresì considerati Non Lavoratori i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale nonché i lavoratori dipendenti il cui contratto sia stipulato all'estero e non sia regolato dalla legge italiana;

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro con carattere di abitualità e prevalenza;

Pandemia: Epidemia con tendenza a diffondersi ovunque, cioè a invadere rapidamente vastissimi territori e continenti. La Pandemia può dirsi realizzata soltanto in presenza di queste tre condizioni: un organismo altamente virulento, mancanza di immunizzazione specifica nell'uomo e possibilità di trasmissione da uomo a uomo.

Perdita di Impiego: la perdita d'impiego da parte:

- della persona fisica dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di "Giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione;
- del Lavoratore Autonomo per la sottoposizione dell'Azienda a una procedura liquidativa concorsuale, con espressa esclusione della messa in liquidazione volontaria. Sono escluse le Aziende che, al momento dell'adesione alla copertura assicurativa, risultino iscritte alla Camera di Commercio da meno di 36 mesi;
- del libero professionista, Ditte individuali e Società Semplici per la diminuzione del Prodotto Interno Lordo (P.I.L.) pari o superiore al 1% e una riduzione del fatturato pari o superiore al 50%, da determinarsi secondo i criteri precisati all'art. 30. Sono esclusi i soggetti che, al momento dell'adesione alla copertura assicurativa, risultino iscritti alla Camera di Commercio da meno di 36 mesi;

Periodo di Carenza: il periodo di tempo, immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza della singola copertura assicurativa, durante il quale la garanzia non è operante;

Periodo di Franchigia: il periodo di tempo, immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro, durante il quale l'Assicurato non ha diritto ad alcun Indennizzo;

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione ovvero la stipula del presente contratto;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa in relazione all'Assicurazione;

Prodotto Interno Lordo (P.I.L.): è pari alla somma dei beni e dei servizi finali prodotti da un paese in un dato periodo di tempo;

Quattroruote: pubblicazione mensile dell'Editoriale Domus S.p.A.;

Ricovero Ospedaliero: la degenza dell'Assicurato in una Struttura sanitaria pubblica, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;

Rischio: la probabilità che si verifichi il Sinistro;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

Somma assicurata: il limite massimo dell'indennizzo o del risarcimento contrattuale stabilito;

Trimestre: ai sensi del presente contratto s'intende esclusivamente il periodo composto da tre mesi consecutivi di calendario di ciascun anno solare, determinato unicamente come segue:

1. Primo trimestre: Gennaio, Febbraio, Marzo;
2. Secondo trimestre: Aprile, Maggio, Giugno;
3. Terzo trimestre: Luglio, Agosto, Settembre;
4. Quarto trimestre: Ottobre, Novembre, Dicembre.

Struttura Sanitaria Pubblica: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), regolarmente autorizzati dalle competenti autorità - in base ai requisiti di legge - all'erogazione dell'assistenza ospedaliera pubblica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15 marzo 2010 n. 38 e smi;

Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'Assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private. Nel caso concreto, per veicolo s'intende esclusivamente:

- autovetture ad uso privato e/o promiscuo (sono comprese autovetture a km 0, demo e autovetture usate);
- autovetture adibite a taxi;
- autocarro con peso complessivo a pieno carico fino a 35 quintali.

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne

SEZIONE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Gold Cover, modello COG.2022-2025.001 – edizione 01.02.2025

In questa sezione il Contraente/Assicurato trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il Contraente/Assicurato medesimo, prevedendo diritti ed obblighi a carico delle parti. Per una migliore lettura sono state evidenziate in verde le norme più importanti a cui prestare attenzione e le parti delle Condizioni di Assicurazione recanti esclusioni, decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.

PREMESSA

L'adesione alla presente polizza da parte dell'Assicurato è facoltativa.

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

Il premio è determinato in base ai dati indicati sul Modulo di Polizza con riferimento alle garanzie effettivamente acquistate e al valore della fattura di acquisto del veicolo comprensivo degli accessori (optional) ed audiofonovisivi.

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

ART. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnato il contratto oppure direttamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

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

- a) compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;

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

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

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

Art. 3 - POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE

La presente copertura è rilasciata in forma collettiva ad adesione; il Contraente provvede a consegnare agli Assicurati, in base alle norme applicabili, la documentazione relativa all'Intermediario, l'Informativa precontrattuale, comprensiva dei DIP Danni, DIP Aggiuntivo, Glossario e Condizioni di Assicurazione, contenuti nel Set informativo previsto dal Regolamento IVASS n. 41/2018, ed il Modulo di Adesione alla copertura assicurativa, tutto quanto consegnato in forma cartacea o su altro supporto durevole.

Il Contraente si impegna a comunicare giornalmente all'Impresa che ha in carico il contratto i relativi dati; la mancata comunicazione corrisponde a mancata copertura e, pertanto, nessuna prestazione potrà essere erogata da Nobis Compagnia di Assicurazioni.

L'Agenzia trasmette giornalmente alla Compagnia le singole coperture.

Le singole coperture hanno durata poliennale, così come risultante dal Modulo di Adesione, e non si rinnovano tacitamente alla scadenza.

Art. 4 - COMUNICAZIONE PER L'OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Il Contraente provvederà a comunicare all'Impresa i seguenti dati relativi alle Coperture attivate:

- Targa o Telaio del veicolo;
- Dati dell'Assicurato;
- Inizio della copertura;
- Fine della copertura;
- Attività lavorativa svolta dal cliente e/o tipologia di impiego;

tramite canale "Web Services" o servizio on-line implementato dall'Impresa.

Resta dunque espressamente inteso tra le Parti che l'omessa, incompleta o ritardata comunicazione da parte del Contraente dei dati relativi agli Assicurati aventi diritto alle prestazioni, non potrà in alcun modo essere imputata all'Impresa la quale, fermo quanto disposto dall'Art. 3, verrà comunque tenuta indenne dal Contraente per ogni ulteriore e diversa pretesa che le venisse avanzata dagli Assicurati medesimi o loro aventi causa, ivi compresi eventuali richieste di risarcimento danni e delle spese legali.

Art. 5 - VALIDITÀ

Il rapporto assicurativo è regolato dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, dal Modulo di polizza nonché dalle specifiche condizioni di copertura allegate al modulo stesso. In caso di discordanza, queste ultime condizioni sono prevalenti rispetto alle condizioni generali di assicurazione.

Art. 6 – DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha la durata poliennale risultante dal Modulo di Polizza.
Resta espressamente escluso qualsiasi tacito rinnovo.

Art. 6 BIS – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI

Le coperture offerte dal presente contratto avranno nei confronti dei singoli assicurati la durata da questi ultima prescelta e risultante dal Modulo di Adesione, ferma la durata minima di 36 mesi e la durata massima di 120 mesi.
Resta espressamente escluso qualsiasi tacito rinnovo.

Art. 7 – PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile ciascuna persona fisica o giuridica che risponda ai seguenti requisiti:

- a) abbia un'età compresa tra 18 anni compiuti e 70 anni non compiuti;
- b) alla data di sottoscrizione della polizza goda di buona salute e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitino di trattamento medico e/o terapeutico regolare e continuativo;
- c) non sia già a conoscenza di fatti o informazioni in base ai quali sia possibile ipotizzare la Perdita d'impiego durante la vigenza della copertura assicurativa;
- d) sia Contraente di un contratto di compravendita per l'acquisto di un veicolo come meglio definito nel Glossario;
- e) sia lavoratore dipendente privato o pubblico con almeno 12 mesi di anzianità lavorativa presso l'Azienda dove viene svolta la propria mansione, così come meglio definito nel Glossario del presente contratto;
- f) sia lavoratore autonomo di tipologia A o B così come meglio definito nel Glossario del presente contratto con almeno 36 mesi di anzianità di iscrizione presso la Camera di Commercio oppure presso l'eventuale Albo dell'Ordine professionale di riferimento;
- g) sia Pensionato;
- h) sia residente o abbia la sede legale in Italia.

Salvo il caso di dolo, qualora risulti che l'Assicurato abbia stipulato il presente contratto pur non essendo in possesso dei requisiti di assicurabilità, l'Impresa si impegna alla restituzione all'Assicurato del corrispondente importo totale di Premio versato.

Art. 8 – VALIDITÀ TERRITORIALE

La copertura offerta dal Capitolo 1 (Infortuni e malattia) è valida per gli accadimenti verificatisi in qualsiasi parte del mondo purché la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico abilitato all'esercizio della professione in Italia. Tuttavia, la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta euro. La copertura offerta dal Capitolo 2 (Perdite pecuniarie) è valida per gli accadimenti verificatisi o processualmente trattabili esclusivamente in Italia.

La copertura offerta dal Capitolo 3 (Assistenza) si ritiene estesa in tutto il Mondo.

Art. 9 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per le medesime persone e/o per gli stessi rischi, garantiti dal contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 Codice Civile.

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra, comporta per l'Assicurato la decadenza del diritto all'indennizzo. È facoltà dell'Assicurato richiedere a ciascun Assicuratore l'importo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

Art. 10 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 11 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali, quelli stabiliti dalle norme legislative nonché quelli relativi all'esecuzione del presente contratto sono a carico del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 12 – 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.

Art. 13 – CESSIONE DEI DIRITTI

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

Art. 14 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato/Contraente, con riferimento al presente contratto, dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte dell'Impresa saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto.

Art. 15 – RICORSO ALL'ARBITRATO

In caso di eventuali controversie – esclusivamente di natura medica – sull'operatività delle coperture e/o la quantificazione dell'Indennizzo relativamente ai Sinistri che colpiscano le garanzie offerte nel Capitolo 1, ciascuna delle Parti può devolvere la risoluzione della vertenza a uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

Qualora gli Arbitri nominati dalle Parti non giungano a una soluzione del caso, le Parti possono nominare un Terzo arbitro. In caso di ricorso alla perizia collegiale, ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo arbitro.

Resta sin d'ora inteso che la città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Resta salva la facoltà delle Parti di adire la Magistratura ordinaria per la risoluzione delle controversie.

Art. 16 – DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato, il Contraente o l'Impresa possono recedere dalla copertura.

Detto recesso può avvenire mediante inoltro di una comunicazione a mezzo raccomandata AR o p.e.c. dalla parte recedente all'altra. Il recesso ha effetto:

- nel caso di recesso dell'Assicurato: dalla data di invio della sua comunicazione all'Impresa (per tramite del Contraente);
- nel caso di recesso del Contraente: dalla data di invio della sua comunicazione all'Impresa;
- nel caso di recesso dell'Impresa: trascorsi trenta giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente della comunicazione inviata dall'Impresa.

In caso di recesso esercitato dall'Impresa al Contraente con preavviso di 30 giorni, quest'ultimo non potrà più includere nuove applicazioni.

L'Impresa può inoltre riservarsi di confermare il proseguimento della copertura assicurativa per tutte le Applicazioni attive fino alla loro naturale scadenza o, al contrario, mettendo a disposizione di ogni singolo Assicurato (per tramite del Contraente) la parte di premio pagata e non goduta, può decidere di recedere anche da tutte le applicazioni attive.

Parimenti, resta altresì inteso come l'Impresa potrà esercitare il proprio diritto di recesso anche nei confronti del singolo assicurato con le medesime modalità di cui sopra.

In tutti i casi, l'Impresa provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso a seguito di sinistro.

Art. 17 – RECESSO DELL'ASSICURATO E DIRITTO DI RIPENSAMENTO

L'Assicurato può recedere dal Contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza della polizza indicata sul Modulo di Adesione, per ripensamento, ma deve comunicarlo con raccomandata A/R o P.e.c. all'Impresa. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24,00 del giorno di spedizione della raccomandata AR o della P.e.c..

Il recesso comporterà, da parte dell'Impresa, il rimborso del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, anche per l'eventuale tramite del Contraente.

Qualora la durata della copertura assicurativa sia superiore ai 5 anni, l'Assicurato, decorsi i 5 anni di durata, può inoltre recedere annualmente dall'Assicurazione, senza oneri, con preavviso di 60 (sessanta) giorni inoltrato con raccomandata A/R o P.e.c. con diritto alla restituzione delle annualità di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge.

Stante la durata contrattuale poliennale, l'Assicurato beneficerà di uno sconto sul premio rispetto all'analoga copertura annuale pari al 5%. Pertanto, in base al disposto dell'art. 1899 Codice Civile, l'Assicurato stesso non potrà disdire il contratto prima della scadenza quinquennale.

In caso di trasferimento della proprietà del veicolo o di perdita della proprietà dello stesso, l'Assicurato potrà recedere dal contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo PEC da trasmettere all'Impresa. La copertura assicurativa cessa dalle ore 24,00 del giorno di spedizione della raccomandata A/R o della PEC. In tal caso, l'Impresa provvederà a rimborsare il premio pagato e non goduto, al netto delle imposte previste per legge.

Art. 18 – CESSAZIONE DELLA POLIZZA

Nel caso di mancato pagamento del premio, l'Impresa può intendere il contratto risolto di diritto secondo quanto disposto all'art. 1901 del Codice Civile.

Oltre che nel caso precedente, la copertura della polizza si estingue anche nel caso in cui, a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza che colpisca anche una sola garanzia, si sia proceduto al pagamento dell'importo pattuito. Qualora si verifichi tale circostanza, la copertura si intende risolta dalle ore 24,00 della data del sinistro indennizzato ed il premio pagato per l'intera durata del contratto resta acquisito dall'Impresa.

Art. 19 – INTERRUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

In caso di interruzione a qualsiasi titolo delle singole coperture, le stesse perdono efficacia ed in tale circostanza, eccezion fatta per il caso di cui al precedente art. 18 "Cessazione della Polizza" secondo capoverso, l'Impresa procederà al rimborso del premio pagato e non goduto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia residua, al netto delle imposte. L'Impresa rimborsa anche l'importo corrisposto in via anticipata per le eventuali annualità successive a quella in corso al momento dell'interruzione del contratto di assicurazione.

Resta fermo il disposto dell'ultimo capoverso dell'art. 18.

Art. 20 – SOSPENSIONE IN CORSO DI CONTRATTO

Non è ammessa la sospensione del contratto o delle singole garanzie.

Art. 21 – PRESCRIZIONE DEI DIRITTI

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

Art. 22 - BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Assicurato o gli aventi diritto di quest'ultimo (eredi legittimi o testamentari). Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1260, co. 2, del Codice Civile, le parti pattuiscono che l'Assicurato non potrà cedere a terzi i crediti derivanti dal presente contratto, a meno che l'Impresa abbia prestato il proprio consenso a tale cessione.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL’ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 3 capitoli principali (*Infortuni e Malattia – Perdite pecuniarie – Assistenza*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni. Le prestazioni si articolano in due pacchetti, composti come segue:

PACCHETTO 1: Perdita di Impiego (Garanzia non operante per il Dipendente Pubblico), Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Invalidità Permanente da Infortunio, Assistenza.

PACCHETTO 2: Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Invalidità Permanente da Infortunio, Assistenza.

CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA

Art. 23 – OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

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

Garanzie prestate:

- Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia in Strutture Pubbliche (vedi Glossario per la definizione) anche a seguito di Pandemia** – garanzia operante per i Lavoratori Assicurati appartenenti a tutte le tipologie A-B-C-D (così come definito nel Glossario); sono comprese in garanzia le pandemie e le epidemie.
- Invalidità Permanente da Infortunio (vedi Glossario per la definizione)** – garanzia operante per i Lavoratori Assicurati appartenenti a tutte le tipologie A-B-C-D.

In caso di Invalidità Permanente derivante da infortunio, l’Impresa riconosce un’indennità calcolandola sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali di “Invalidità Permanente”:

Fasce	Percentuale di “Invalidità Permanente” (vedi Tabella INAIL)	
	Accertata	Da liquidare
A	Da 0% a 15%	0%
B	Da 16% a 100%	100%

Nessun indennizzo spetta all’Assicurato quando l’Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 15% della totale.

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

Art. 24 – MODIFICA DELLA GARANZIA

Ogni modifica della presente garanzia dovrà risultare da atto sottoscritto dall’Impresa e dal Contraente.

Art. 25 – CESSIONE DEL CONTRATTO – CESSIONE DEI DIRITTI

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

Art. 26 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO 1

INFORTUNI

Sono esclusi dall’Assicurazione gli Infortuni causati da:

- eventi accaduti prima della data di decorrenza dell’Assicurazione e loro séguiti o conseguenze;
- suicidio, tentato suicidio, atti volontari di autolesionismo dell’Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere;
- partecipazione dell’Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche (anche di pura regolarità) e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l’Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo su qualsiasi aeromobile o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell’equipaggio;
- pratica da parte dell’Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere, sport estremi e trekking effettuato oltre i 3000 mt s.l.m.;

- g) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- h) etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- i) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, tumulti popolari e ogni altro evento socio politico;
- j) guerra anche non dichiarata, guerra civile, insurrezioni e atti di terrorismo;
- k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- m) qualunque condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

MALATTIA

Sono esclusi dall'Assicurazione gli eventi conseguenti a malattie:

- a) che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e/o, comunque, già note in quel momento all'Assicurato in quanto oggetto a tale data di consultazione e/o esame da parte di un medico e/o di trattamento medico e/o di ricovero ospedaliero e/o prescrizione di medicine e/o accertamenti;
- b) da intossicazioni causate da:
 - a. abuso di alcolici;
 - b. uso di allucinogeni;
 - c. uso di psicofarmaci o stupefacenti a meno che sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- c) derivanti da sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- d) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- e) derivanti da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- f) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Non sono inoltre considerati Malattia:

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

MALATTIA E INFORTUNI

Sono comunque escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:

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

Art. 27 - INDENNIZZO - LIMITE DI INDENNIZZO

Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture sanitarie pubbliche

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia (vedi art. 28), l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari al valore della vettura risultante da Quattroruote alla data dell'evento.

Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture sanitarie pubbliche

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia (vedi art. 28), l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari al valore della vettura risultante da Quattroruote alla data dell'evento.

Invalidità permanente da Infortunio

Nel caso si concretizzi in capo all'Assicurato una Invalidità permanente e detta invalidità risulti avere un grado superiore al 15%, l'Impresa corrisponderà un indennizzo pari al valore della vettura risultante da Quattroruote alla data dell'evento.

Morte da Infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato deceda, l'Impresa corrisponderà un indennizzo pari al valore della vettura risultante da Quattroruote alla data dell'evento.

Art. 28 – PERIODO DI FRANCHIGIA – PERIODO DI CARENZA

Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia presso Strutture sanitarie pubbliche

Periodo di Franchigia pari a 15 giorni.

Periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione.

Ricovero Ospedaliero a seguito di Pandemia presso Strutture sanitarie pubbliche

Periodo di Franchigia pari a 15 giorni.

Periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione.

Invalità Permanente da Infortunio

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 15% in base alla Tabella INAIL.

Periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Applicazione.

Art. 29 – MODIFICHE DEI LIMITI DI CUI AGLI ARTT. 27 E 28

Ogni modifica dei limiti stabiliti dagli artt. 27 e 28 dovrà risultare da atto sottoscritto dall'Impresa e dal Contraente.

CAPITOLO 2 – PERDITE PECUNIARIE

Art. 30 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Non sono assicurabili i Lavoratori Dipendenti Pubblici e i Pensionati (Tipologia D).

Garanzie prestate:

1. **Perdita di Impiego** – garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia classificabile:
 - a) **Lavoratore Dipendente Privato (Tipologia C)** e si presenti uno dei seguenti eventi a seguito di licenziamento per "Giustificato motivo Oggettivo":
 - riduzione del personale conseguente a crisi del settore in cui opera il datore di lavoro;
 - diminuzione del fatturato;
 - soppressione del posto di lavoro e conseguente redistribuzione delle mansioni prima svolte dal lavoratore licenziato agli altri dipendenti rimasti in servizio;
 - soppressione del settore o del reparto lavorativo o unità produttiva cui era addetto il dipendente;
 - cessazione dell'attività aziendale;
 - esternalizzazione di un servizio o dell'attività lavorativa.
 - b) **Lavoratore Autonomo (Tipologia A)** sono comprese le Società con forma giuridica S.p.A – S.r.l. – S.n.c. – S.a.s. e si verifichi il seguente evento:
 - sottoposizione dell'Azienda a una procedura liquidativa concorsuale, con espressa esclusione della messa in liquidazione volontaria. Sono escluse le Aziende che, al momento dell'adesione alla copertura assicurativa, risultino iscritte alla Camera di Commercio da meno di 36 mesi.
 - c) **Lavoratore Autonomo (Tipologia B)** ovvero sia i Liberi Professionisti, le Ditte individuali e le Società Semplici e si verifichino entrambi i seguenti eventi:
 - diminuzione del Prodotto Interno Lordo (P.I.L.) pari o superiore al 1% e una riduzione del fatturato pari o superiore al 50%, da determinarsi secondo i criteri trascritti qui sotto. Sono esclusi i soggetti che, al momento dell'adesione alla copertura assicurativa, risultino iscritti alla Camera di Commercio da meno di 36 mesi.

Resta espressamente inteso che la determinazione della modifica del fatturato avverrà mediante la comparazione del fatturato dell'ultimo Trimestre concluso prima della denuncia del sinistro con il fatturato del medesimo Trimestre relativo all'esercizio precedente. A titolo esemplificativo, possiamo indicare che per un sinistro denunciato nel febbraio 2021, l'effettiva sussistenza della diminuzione del fatturato verrà determinata attraverso la comparazione del fatturato del IV Trimestre dell'Esercizio 2020 con il fatturato del IV Trimestre dell'Esercizio 2019.

Sarà onere dell'Assicurato produrre all'Impresa copia del proprio Registro IVA o del proprio Registro dei Corrispettivi affinché la comparazione poc'anzi citata possa avvenire mediante la verifica della documentazione ufficiale avente valore fiscale. Per tutti gli Assicurati che dovessero operare in regimi fiscali che consentono di non redigere dette scritture contabili, invece, è fatto espresso obbligo di produrre qualsivoglia documentazione equivalente, a condizione che quest'ultima abbia valore fiscale.

Resta espressamente inteso che la determinazione della modifica del Prodotto Interno Lordo (P.I.L.) avverrà mediante la comparazione dell'indice ISTAT denominato "Indice congiunturale trimestrale" del trimestre precedente a quello di denuncia del sinistro con l'indice ISTAT denominato "Indice congiunturale trimestrale" del trimestre immediatamente precedente a quello poc'anzi indicato. A titolo esemplificativo, possiamo indicare che per un sinistro denunciato nel febbraio 2021, l'effettiva sussistenza della diminuzione del Prodotto Interno Lordo verrà determinata attraverso la comparazione dell'Indice congiunturale trimestrale del quarto trimestre del 2020 con l'Indice congiunturale trimestrale del terzo trimestre del 2020.

Art. 31 – VARIAZIONE DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

La tipologia lavorativa dell'Assicurato mutata durante il periodo di validità dell'Assicurazione dovrà essere comunicata all'Impresa, nel caso in cui il premio relativo alla presente garanzia sia stato originariamente corrisposto, a mezzo raccomandata AR entro 30 giorni dal cambiamento.

In caso di mancata comunicazione di detta modifica, essendo la tipologia d'impiego un elemento essenziale per la stipula del contratto e la determinazione del premio, l'Impresa si riserva la facoltà di respingere ogni richiesta d'indennizzo.

Art. 32 – CESSIONE DEL CONTRATTO – CESSIONE DEI DIRITTI

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

Art. 33 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO 2

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- i lavoratori dipendenti pubblici e i Pensionati;
- i lavoratori dipendenti privati che non abbiano almeno 12 mesi di anzianità lavorativa presso l'Azienda dove viene svolta la propria mansione;
- i lavoratori autonomi che non abbiano almeno 36 mesi di anzianità di iscrizione presso la CCIAA;

e i casi di Disoccupazione derivante da:

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

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

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

Art. 34– INDENNIZZO – LIMITE DI INDENNIZZO

Qualora la Disoccupazione, occorsa per giustificato motivo oggettivo o per eventi specificati all'art. 30, e sia completamente trascorso il periodo di Carenza, l'Impresa corrisponderà un indennizzo di importo pari al valore del veicolo risultante da Quattroruote al momento del sinistro.

Art. 35 – PERIODO DI CARENZA – CRITERIO DI LIQUIDAZIONE

Periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza della singola Applicazione.

Qualora il sinistro risulti indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa erogherà la somma contrattualmente dovuta non appena l'Assicurato fornirà prova del fatto che la propria Disoccupazione si è protratta per un periodo continuativo pari o superiore a 90 giorni.

Art. 36 – MODIFICA DELLA GARANZIA

Ogni modifica della presente garanzia dovrà risultare da atto sottoscritto dall'Impresa e dal Contraente.

CAPITOLO 3 – ASSISTENZA

Art. 37 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa si intende estesa alle sottostanti garanzie, le quali sono valide ed operanti solo se sono state richiamate sulla scheda di polizza e sono stati corrisposti i relativi premi.

Art. 37.1 Consulti medici

La Struttura Organizzativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

Art. 37.2 Invio medico in Italia

La Struttura Organizzativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 e 24 ore su 24, al sabato e nei festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Struttura Organizzativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Struttura Organizzativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico dell'Impresa. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico dell'Impresa. La prestazione è fornita esclusivamente in Italia e per un massimo di 3 volte per anno.

Art. 37.3 Rete sanitaria

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie in rapporto di convenzione con la Struttura Organizzativa in tutta Italia, è a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria relativa a:

- alle singole strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate.

Art. 37.4 Gestione dell'appuntamento

Qualora l'Assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Struttura Organizzativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'Assicurato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Struttura Organizzativa, l'Assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

Art. 37.5 Care Manager

Opera a seguito di invalidità/inabilità dell'Assicurato e offre un servizio di consulenza socioassistenziale/assistenza infermieristica. L'Assicurato può contattare la Centrale Operativa che attiva il servizio di Care Manager per l'organizzazione del percorso di cura e l'attivazione di supporto psicologico quando necessario.

La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia.

Art. 37.6 Job coaching in caso di perdita d'impiego

A seguito di perdita di impiego non volontaria, prevede l'affiancamento motivazionale e il supporto organizzativo all'Assicurato nella ricerca del nuovo impiego. Il professionista attivato dalla Centrale Operativa aiuta il lavoratore a riconoscere e valorizzare i propri punti di forza, le proprie competenze e la propria professionalità coadiuvandolo nella stesura del curriculum vitae e nella gestione del colloquio di lavoro. Supporta inoltre l'Assicurato nella ricerca attiva del lavoro individuando gli strumenti più idonei al suo profilo.

La prestazione a carico dell'Impresa fino a 5 ore di consulenza per anno assicurativo.

Art. 37.7 Assistenza domiciliare

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza, in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto superiore a 30 gg certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica o un badante (in alternativa tra loro) tenendo il costo a carico dell'impresa fino a un massimo di 12 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore cadauna nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia.

Art. 37.8 Assistenza funeraria

Opera a seguito di morte dell'Assicurato e offre agli eredi un servizio di Assistenza e supporto organizzativo.

Gli eredi dell'Assicurato possono contattare la Centrale Operativa che attiva il servizio di Assistenza funeraria per la ricerca del servizio funebre e la gestione delle relative pratiche. Le spese funerarie sono a carico dell'Assicurato

La prestazione è valida esclusivamente in Italia.

Art. 37.9 Pet sitter

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza, in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto superiore a 15 giorni certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare un pet sitter. La prestazione prevede invio di pet sitter per massimo 15 gg con 2 uscite al giorno. Il cane dovrà esser obbligatoriamente munito di idonea copertura assicurativa per eventuali danni a terzi.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo

La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia.

Art. 37.10 Consegna farmaci a domicilio

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24, la ricerca e consegna dei farmaci.

Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'Assicurato e quindi in farmacia.

Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno.

Art. 37.11 Assistenza infermieristica

Qualora a seguito di ricovero per Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, prescritta dal medico curante, la Centrale Operativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di Euro 60,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi.

Art. 37.12 Trasporto sanitario

Il Servizio Medico della Centrale Operativa in seguito a Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato occorsi in Italia, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale e, se necessario/possibile quello di famiglia, ne organizzerà il trasporto sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato sarà trasportato nell'Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza. Ad insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto Sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario;
- aereo di linea;
- vagone letto;
- cuccetta di I° classe;
- autoambulanza;
- altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto sarà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.

Tutti i costi di organizzazione e trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto, sono a carico dell'Impresa fino al massimale previsto pari a euro 5.000,00 per sinistro e per anno.

Art. 37.13 Trasporto in ambulanza

La Centrale Operativa, qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza.

Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta l'anno ed è valida esclusivamente in Italia.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 38 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile, deve darne avviso scritto alla Direzione – Servizio Sinistri – di NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (Viale Colleoni, 21 – 20864 Agrate Brianza, Tel.: 039.9890001- Fax: 039.6890794, E-Mail: sinistri.re@nobis.it) entro 30 (trenta) giorni dall'evento oppure immediatamente da quando ne ha avuto conoscenza.

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

Alla denuncia di Sinistro deve essere allegata la copia di un documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita, la dimostrazione dell'avvenuto pagamento della vettura all'atto di acquisto e la seguente documentazione:

PERDITA DI IMPIEGO

- a) copia del contratto di lavoro, avente data certa;
- b) copia della lettera di licenziamento, completa delle motivazioni;
- c) copia di un documento rilasciato dalla competente Autorità comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo stato di disoccupato, o alle liste di "mobilità" regionali;
- d) attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione o di "mobilità";
- e) riferimenti (numero di telefono/cellulare, indirizzo mail, ecc.) dell'Assicurato;
- f) documentazione comprovante il Fatturato, così come determinata all'art. 30.

In ogni caso l'Impresa si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione o di prevedere accertamenti di diversa natura.

Nel caso di omissione dell'obbligo di avviso di cui sopra, l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, può perdere integralmente o parzialmente il diritto all'indennità.

Ricovero Ospedaliero

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

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

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

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

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

Invalidità Permanente

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

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

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

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

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

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

Morte da infortunio

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

Assistenza

In caso di sinistro, l'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, facente capo al
Numero Verde 800.894147

o, se dall'estero, +39.039.9890.720

(seguendo le istruzioni presenti nel menù, in base alla tipologia di Assistenza necessaria in quel momento)

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Numero di Polizza
6. indirizzo del luogo in cui si trova
7. il recapito telefonico a cui la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa, ricevuta la richiesta di assistenza, interverrà erogando il servizio previsto.

La Struttura Organizzativa è a disposizione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno per accogliere le richieste dell'Assicurato. L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come, ad esempio, intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) di giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

L'Impresa ha il diritto di verificare l'esistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia; l'Assicurato, su richiesta dell'Impresa, deve fornire gli elementi necessari ad attestare l'effettivo verificarsi dell'evento dannoso.

L'Impresa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazioni di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella polizza o dalla legge.

Art. 39 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

L'Impresa provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'Indennizzo stesso. Presupposto di tale accordo è la ricezione da parte dell'Impresa di tutta la documentazione necessaria alla corretta e completa istruzione del sinistro.

Condizione relativa all'Invalidità Permanente

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità che risulti dovuta e ne dà comunicazione all'Assicurato. Avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata ufficialmente offerta o liquidata in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

L'indennità viene corrisposta in Italia, in valuta corrente in Italia.

Per eventuali reclami scrivere a:

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

In caso di mancato riscontro scrivere a:

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

In base alle norme generali e quelle che regolano ciascuna prestazione, occorre specificare correttamente il danno subito ed, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, occorre allegare alla denuncia del sinistro la documentazione indicata in ciascuna prestazione assicurativa.

Gestione dei rapporti assicurativi via web

Il Contraente può effettuare la registrazione per accedere ai rapporti assicurativi via web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Area riservata" e scaricando negli store l'App Nobis CON TE. L'accesso all'area riservata dà diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- i) Le coperture assicurative in essere;
- ii) Le condizioni contrattuali sottoscritte;
- iii) Lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza, contattando, 24 ore su 24, il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.9890.714.

NOTA IMPORTANTE

- L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato.
- È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

Ricordarsi che il diritto all'indennizzo si prescrive trascorsi due anni dall'ultima richiesta scritta pervenuta all'Impresa in merito al sinistro (art. 2952 Codice Civile).

Importante!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'Assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, codice IBAN).

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. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

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

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

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 – Criteri di redazione

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

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

INFORMATIVA AI SENSI DEL CAPO III SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

1. Titolare del trattamento

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

2. Tipologia di dati raccolti

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

3. Finalità

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

- 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. 42 del Regolamento Ivass 41/2018 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 predispose 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 consorziali 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 privacy@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

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



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 01 febbraio 2025