



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E RC VITA PRIVATA

MY PROTECTION

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO MYP.2020-2020.001 – EDIZIONE 30.09.2020

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Base;
 - b) Dip Aggiuntivo;
 - c) Glossario;
 - d) Condizioni di assicurazione
- che devono essere consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: MY PROTECTION

NOBIS
ASSICURAZIONI

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 Set informativo e negli specifici Allegati.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Prodotto per la copertura dei bisogni assicurativi in caso di infortunio subito durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") e nel tempo libero ("attività extraprofessionale"). Il prodotto offre la garanzia Infortuni e la garanzia R.C. Vita privata.



CHE COSA È ASSICURATO?

Si riporta una sintesi delle principali coperture previste dal prodotto, fatto salvo la possibilità per il Contraente di sottoscrivere eventuali garanzie facoltative i cui dettagli vengono forniti nelle Condizioni di polizza:

✓ Invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma non oltre due anni dalla data dell'infortunio, l'Impresa corrisponde l'indennità, calcolata sulla somma assicurata, in base al grado di invalidità permanente accertata. (Tabella INAIL - D.P.R. 30/06/1965, n.1.124).

✓ Diaria giornaliera per ricovero

La diaria prescelta viene riconosciuta in caso di ricovero comprovato da Cartella Clinica a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 180 giorni per evento e per anno assicurativo.

✓ Indennità giornaliera in caso di gessatura

Qualora l'infortunio comporti la gessatura, applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, fino alla rimozione della stessa, l'indennità giornaliera prescelta verrà liquidata all'Assicurato con un massimo di 30 giorni per ciascun infortunio.

✓ Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di infortunio che abbia per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, l'Impresa rimborsa, entro il limite del massimale prescelto, le spese sostenute dall'Assicurato per gli accertamenti diagnostici, gli onorari dei medici e chirurghi, i diritti di sala operatoria e le rette di degenza.

✓ R.C. Vita privata

L'Impresa si obbliga - fino alla concorrenza del massimale pari a euro 250.000 (duecentocinquantomila/00) - a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi esclusivamente nell'ambito dell'attività extraprofessionale.

L'impresa indennizza l'Assicurato nei limiti delle indennità e dei massimali indicati sul Modulo di polizza sottoscritto dal Contraente.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Per le garanzie infortuni: sono assicurabili le persone che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 75° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite.
- ✗ Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi; di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.
- ✗ Soggetti diversi da quelli residenti nel territorio della Repubblica Italiana.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

! Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole ed operatrici, di natanti a motore di uso non privato; Tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- d) dallo svolgimento di qualsivoglia attività lavorativa in modo difforme alle prescrizioni normative, regolamentari e fiscali tempo per tempo vigenti;
- e) dal volo aereo;
- f) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore e attività subacquee, paracadutismo o sport aerei;
- g) dalla partecipazione a competizioni, ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey;
- h) da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;
- j) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
- k) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;
- l) dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;
- m) da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate riconosciute dal CONI, esercitate da Assicurati di età superiore ai 20 anni;
- n) da attività di fabbricazione e/o brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;
- o) da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- p) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
- q) dall'intervento delle Forze Armate dello Stato;
- r) da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;
- s) sono comunque esclusi la sieropositività da HIV, i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche, le malattie professionali, la NBC, così come definita nel glossario; la pandemia, così come definita nel glossario;

Restano comunque espressamente escluse le rendite.

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per i danni che avvengono nel mondo intero. Tuttavia, la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta Euro.

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 (aggravamento o diminuzione) del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto dell'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 annuale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

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

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Il contratto di assicurazione ha validità annuale e - se stipulata con tacito rinnovo - alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita da una parte esclusivamente alla sede dell'altra almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

La singola Applicazione ha durata di 30 giorni dal momento dell'inclusione e, salvo disdetta, si rinnova di volta in volta per un periodo di pari durata.

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

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il Contraente potrà disdire la polizza, ove sia stata stipulata con tacito rinnovo, inviando all'Impresa una comunicazione a mezzo raccomandata A/R entro 30 giorni dalla scadenza annuale contrattualmente prevista.

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

ASSICURAZIONE INFORTUNI E R.C. VITA PRIVATA

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

MY PROTECTION

Versione n. 1 del Ottobre 2020 (ultimo disponibile)

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

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

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

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

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

Esercizio 2019

Bilancio approvato il 30/04/2020

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 58.796.752 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 19.680.981.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 204,04% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 450,95% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.nobis.it

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



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle **Garanzie Invalidità permanente da infortunio, Diaria giornaliera per ricovero, Indennità giornaliera in caso di gessatura, Rimborso spese mediche da infortunio e R.C. Vita privata** non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Base MY PROTECTION. L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Indicare l'opzione Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto MY PROTECTION.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Indicare l'opzione Non sono previsti aumenti di premio per il prodotto MY PROTECTION.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

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

Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni specifiche per ciascuna garanzia.

Infortunati

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, dalla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti a motore di uso non privato;
 tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- d) dallo svolgimento di qualsivoglia attività lavorativa in modo difforme alle prescrizioni normative, regolamentari e fiscali tempo per tempo vigenti;
- e) dal volo aereo;
- f) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, trekking oltre i 2000 mt s.l.m e attività subacquee, paracadutismo o sport aerei in genere;
- g) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey;
- h) da abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcoolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco), nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;
- j) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
- k) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;
- l) dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;
- m) da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate riconosciute dal CONI, esercitate da Assicurati di età superiore ai 20 anni;
- n) da attività di fabbricazione e/o brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;
- o) da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- p) 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.);
- q) dall'intervento - comunque inteso - delle Forze Armate dello Stato;
- r) da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;
- s) sono comunque esclusi:
 - la sieropositività da HIV;
 - i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - le malattie professionali;
 - la NBC, così come definita nel glossario;
 - la pandemia, così come definita nel glossario;

Restano comunque espressamente escluse le rendite, così come definite nel glossario.

R.C. Vita privata Infortuni	<p>L'assicurazione non comprende i danni:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività professionale, di industria o di commercio; b) derivanti da furto; c) derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi aerei e di locomozione a motore; d) conseguenti ad inadempienze di obblighi contrattuali e fiscali; e) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da: inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; f) derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione; g) da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; h) a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate; i) derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali non domestici; j) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria; k) conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite; l) derivanti da responsabilità, di qualsiasi natura e comunque occasionata, direttamente o indirettamente derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura asbesto.
--	---

Per ogni singola garanzia indicata nel presente prodotto ed esplicitamente sottoscritta dal Contraente sono previsti somme assicurabili (massimali), identificate nel dettaglio nel Modulo di polizza, i limiti ed eventuali franchigie o scoperti. L'eventuale rivalsa, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dall'Impresa per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: il Contraente e/o l'Assicurato deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa chiamando il numero verde 800.894149 (dall'estero occorre comporre il numero +39 039.9890.722) e successivamente inviare denuncia per iscritto all'Impresa entro 5 giorni dalla data di accadimento del sinistro stesso o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, con l'indicazione della data, del luogo e delle sue modalità, nonché degli eventuali testimoni.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: si specifica che il contratto non prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.</p>
	<p>Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti dell'assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il Contraente/Assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti in sede di preventivazione e le confermi con la sottoscrizione del contratto, o ometta di comunicare all'impresa ogni variazione significativa, tali circostanze potrebbero pregiudicare in forma totale o parziale il pagamento del danno (indennizzo) da parte dell'Impresa.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria.</p>

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	<p>Il Contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno. Applicazioni di durata mensile. L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso. Il premio è comprensivo di imposta.</p>
Rimborso	<p>Non è prevista la facoltà di rimborso del premio.</p>



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	<p>Il contratto è stipulato con previsione di tacito rinnovo per un anno e così successivamente.</p> <p>Il contratto ha validità annuale ed alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita da una parte esclusivamente alla sede dell'altra almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.</p> <p>La durata delle Applicazioni decorre dalle ore 24.00 della data d'inclusione – così come comunicata dal Contraente all'Impresa – e termina dopo 30 giorni.</p> <p>Qualora il Contraente non comunichi all'Impresa l'esclusione dell'Applicazione, entro 5 giorni dalla scadenza indicata al capoverso precedente, la stessa s'intenderà tacitamente rinnovata per un periodo di ulteriori 30 giorni e così successivamente.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

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



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alle persone fisiche che non abbiano ancora compiuto i 75 anni di età, residenti nel territorio della Repubblica Italiana.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

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

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 36,60% e per il Ramo 13 (R.C. Generale) è pari al 22,21%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it , utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito www.ivass.it , sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	2
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	2
Art. 2 – Altre assicurazioni.....	2
Art. 3 – Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione.....	2
Art. 4 – Modifiche dell'assicurazione.....	2
Art. 5 – Aggravamento del rischio.....	2
Art. 6 – Diminuzione del rischio.....	2
Art. 7 – Obblighi in caso di sinistro.....	2
Art. 8 – Recesso in caso di sinistro.....	2
Art. 9 – Durata del contratto – Proroga del contratto.....	2
Art. 9 Bis – Durata delle singole applicazioni.....	2
Art. 10 – Oneri fiscali.....	3
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione.....	3
Art. 12 – Rinvio alle norme di legge.....	3
Art. 13 – Esclusioni.....	3
Art. 14 – Capitali assicurati.....	3
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	4
CAPITOLO 1 – INFORTUNI	4
Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione.....	4
Art. 16 – Limiti di età e cessazione dell'assicurazione.....	4
Art. 17 – Persone non assicurabili.....	4
Art. 18 – Validità territoriale.....	4
Art. 19 – Capitali assicurati.....	4
Art. 20 – Invalidità permanente da infortunio.....	4
Art. 21 – Diaria giornaliera per ricovero – Indennità giornaliera in caso di gessatura – Diaria da convalescenza.....	4
Art. 22 – Rimborso spese mediche da infortunio.....	5
Art. 23 – Esclusioni.....	5
CAPITOLO 2 – RESPONSABILITÀ CIVILE VITA PRIVATA	6
Art. 24 – Oggetto dell'assicurazione.....	6
Art. 25 – Rischi compresi.....	6
Art. 26 – Esclusioni.....	7
Art. 27 – Estensione territoriale.....	7
Art. 28 – Persone non considerate terzi.....	7
Art. 29 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro.....	7
Art. 30 – Gestione delle vertenze di danno – Spese legali.....	7
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	8
Art. 31 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi.....	8
Art. 32 – Criteri di indennizzabilità.....	8
Art. 33 – Pagamento dell'indennizzo.....	8
Art. 34 – Anticipi su indennizzi.....	8
Art. 35 – Validità dell'assicurazione indipendentemente da ogni obbligo di legge.....	8
Art. 36 – Controversie.....	8
Art. 37 – Cosa fare in caso di sinistro.....	8
ALLEGATO 1 - TABELLA INAIL INDUSTRIA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	10
APPENDICE NORMATIVA	12
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016 / 679 (GDPR).....	14

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

APPLICAZIONE: documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato;

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione nel caso specifico i dipendenti e i collaboratori del Contraente;

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;

ATTO DI TERRORISMO: per atto di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciato o applicato per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione o organizzazioni, un governo o governi con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimidire l'opinione pubblica o parte di essa;

BENEFICIARIO: gli eredi naturali ovvero la persona o le persone designate in polizza quali titolari del diritto all'indennizzo in caso di morte dell'assicurato;

CENTRALE OPERATIVA: la struttura dell'Impresa costituita da tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza;

CONTAMINAZIONE: per contaminazione si intende l'inquinamento, l'avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche;

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione;

GESSATURA: applicazione di apparecchio gessato, mezzo di contenimento o tutore che abbia le seguenti caratteristiche: rigidità, immobilizzazione di una o più articolazioni, rimovibilità solo mediante demolizione o asportazione da parte di Sanitari;

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

INABILITÀ TEMPORANEA: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle proprie attività principali e secondarie dichiarate in polizza;

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

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea;

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo/le attività della vita quotidiana, indipendentemente dalla professione svolta;

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

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

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

MALATTIA PROFESSIONALE: patologia contemplata dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successivi aggiornamenti;

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

N.B.C.: contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;

PANDEMIA: patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tali da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione;

PREMIO: la somma dovuta all'Impresa;

RENDITA: somma di denaro costituente l'indennizzo corrisposta periodicamente e ricorrentemente dall'Impresa al Beneficiario di polizza (in sostituzione dell'erogazione sotto forma di capitale);

RICOVERO: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura - pubblico o privato - regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

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

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI: terapia fisica, manuale e/o strumentale, che si applica nel percorso di riabilitazione conseguente a malattia o infortunio che abbiano prodotto lesioni obiettivamente constatabili;

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione Infortuni Mod. MYP.2020-2020.001 ed. 2020-09 // Ultimo aggiornamento 30/09/2020

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

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

L'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ. I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o all'Impresa.

Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 Cod.Civ.).

Art. 6 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso (art. 1898 Cod. Civ.).

Art. 7 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato, o gli aventi diritto, deve darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 Cod. Civ. L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Cod. Civ.

Art. 8 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

Il recesso ha effetto:

- nel caso di recesso del Contraente: dalla data di invio della sua comunicazione;
- nel caso di recesso dell'Impresa: trascorsi 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente della comunicazione inviata dall'Impresa;

In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la quota parte di premio relativa al periodo di rischio assicurativo non corso, escluse soltanto le imposte.

Dal momento di efficacia del recesso esercitato nei confronti del Contraente questi non potrà includere ulteriori applicazioni, restando inteso che le coperture relative alle applicazioni già in essere al momento del recesso resteranno attive fino alla loro naturale scadenza annuale, escluso ogni tacito rinnovo.

L'Impresa inoltre potrà esercitare il recesso anche nei confronti di singole applicazioni particolarmente sinistrose che avrà effetto trascorsi 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente della comunicazione inviata dall'Impresa. In quest'ultimo caso la restituzione del premio pagato e non goduto della singola applicazione verrà inserita nell'ambito della prima regolazione utile.

Art. 9 – DURATA DEL CONTRATTO- PROROGA DEL CONTRATTO

Il contratto ha durata di un anno.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR spedita alla controparte almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione – di durata non inferiore ad un anno – è prorogata di un anno e così di anno in anno.

Art. 9 bis – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI

La durata delle Applicazioni decorre dalle ore 24.00 della data d'inclusione – così come comunicata dal Contraente all'Impresa – e termina dopo 30 giorni.

Qualora il Contraente non comunichi all'Impresa l'esclusione dell'Applicazione, entro 5 giorni dalla scadenza indicata al capoverso precedente, la stessa s'intenderà tacitamente rinnovata per un periodo di ulteriori 30 giorni e così successivamente.

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art.11 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi di diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 Cod. Civ., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 13 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - o di veicoli per i quali è prescritta, dalla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - o di macchine agricole ed operatrici;
 - o di natanti a motore di uso non privato;tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- d) dallo svolgimento di qualsivoglia attività lavorativa in modo difforme alle prescrizioni normative, regolamentari e fiscali tempo per tempo vigenti;
- e) dal volo aereo;
- f) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, trekking oltre i 2000 mt s.l.m e attività subacquee, paracadutismo o sport aerei in genere;
- g) dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey;
- h) da abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcoolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco), nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;
- j) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
- k) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;
- l) dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;
- m) da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate riconosciute dal CONI, esercitate da Assicurati di età superiore ai 20 anni;
- n) da attività di fabbricazione e/o brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;
- o) da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- p) 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.);
- q) dall'intervento – comunque inteso – delle Forze Armate dello Stato;
- r) da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;
- s) sono comunque esclusi:
 - o la sieropositività da HIV;
 - o i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - o le malattie professionali;
 - o la NBC, così come definita nel glossario;
 - o la pandemia, così come definita nel glossario;

Restano comunque espressamente escluse le rendite, così come definite nel glossario.

Art. 14 – CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati per ciascuna Applicazione sono quantificati come segue:

- | | | |
|---|------|-------------|
| • Invalidità Permanente (franchigia assoluta 3%) | euro | 100.000,00; |
| • Diaria Gesso (giornaliera) | euro | 50,00; |
| • Diaria da ricovero (giornaliera) | euro | 50,00; |
| • Diaria da convalescenza (giornaliera) Franchigia 7 gg | euro | 50,00; |
| • Rimborso spese mediche | euro | 5.000,00; |
| • Responsabilità Civile Vita privata | euro | 250.000,00. |

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione si articola in 2 capitoli (Infortuni e Responsabilità Civile Vita Privata) che disciplina le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – INFORTUNI

Art. 15 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni occorsi dopo la stipulazione del contratto, che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'attività professionale e dell'attività extraprofessionale.

Art. 16 – LIMITI DI ETÀ E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

- Per le garanzie infortuni: sono assicurabili le persone che al momento dell'adesione non abbiano ancora compiuto il 75° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite.

Art. 17 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici; di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 18 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero. Tuttavia la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta euro.

PRESTAZIONI E LIMITI DELLE GARANZIE

Art. 19 – CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati per ciascuna Applicazione sono quantificati come segue:

- | | |
|---|------------------|
| • Invalidità Permanente (franchigia assoluta 3%) | euro 100.000,00; |
| • Diaria Gesso (giornaliera) | euro 50,00; |
| • Diaria da ricovero (giornaliera) | euro 50,00; |
| • Diaria da convalescenza (giornaliera) Franchigia 7 gg | euro 50,00; |
| • Rimborso spese mediche | euro 5.000,00; |

ART. 20 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio (verificatosi nel periodo di validità della copertura assicurativa) che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma non oltre due anni dalla data dell'infortunio, l'Impresa corrisponde l'indennità, calcolata sulla somma assicurata, in base al grado di invalidità permanente accertata.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla **Tabella INAIL** - D.P.R. 30/06/1965, n.1.124 – e successive modificazioni.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Se, al momento dell'evento, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

All'indennizzo viene applicata una franchigia assoluta sul grado di invalidità permanente accertata pari al 3% della totale.

Resta inteso che per grado di invalidità superiore o uguale al 65% l'indennizzo sarà del 100%.

Art. 21 – DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI GESSATURA DIARIA DA CONVALESCENZA

1) Diaria giornaliera da ricovero

La diaria prescelta viene riconosciuta in caso di ricovero comprovato da Cartella Clinica a seguito di infortunio, indennizzabile a termini di polizza per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 180 giorni per anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati, ai fini della liquidazione, come un unico giorno. La diaria verrà liquidata all'Assicurato con un massimo di 60 giorni per ciascun infortunio.

2) Indennità giornaliera in caso di gessatura

Qualora l'infortunio comporti la gessatura, così come definita nel glossario, applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, fino alla rimozione della stessa, l'indennità giornaliera verrà liquidata all'Assicurato con un massimo di 30 giorni per ciascun infortunio. Garanzia operante nel limite di euro 50,00 (cinquanta/00) giornalieri.

3) Diaria da convalescenza:

A seguito di ricovero da infortunio indennizzabile ai sensi delle norme di assicurazione, l'Impresa riconoscerà un'indennità giornaliera domiciliare pari a euro 50,00 (cinquanta/00) per giorno per un numero di giorni uguale a quelli di ricovero col massimo di giorni pari a 60 (sessanta).

La presente garanzia è prestata con una franchigia assoluta pari a 7 (sette) giorni.

Art. 22 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che ha per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, l'Impresa rimborsa, entro il limite del massimale previsto pari a euro 5.000,00 (cinquemila/00) le spese sostenute dall'Assicurato per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari dei medici e chirurghi;
- i diritti di sala operatoria;
- le rette di degenza.

L'Impresa, fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale stesso, rimborsa inoltre le spese sostenute per:

- le cure in genere, anche termali, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera;
- i medicinali ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi;

L'Impresa effettua il rimborso agli aventi diritto dietro presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure terminate, con l'intesa che per le spese sostenute all'estero il rimborso verrà effettuato in Italia, con valuta in euro.

La presente garanzia opera con una franchigia sempre operante pari a euro 200,00 (duecento/00) per sinistro.

Art. 23 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

b) dalla guida:

- di veicoli per i quali è prescritta, dalla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
- di macchine agricole ed operatrici;
- di natanti a motore di uso non privato;

tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;

c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;

d) dallo svolgimento di qualsivoglia attività lavorativa in modo difforme alle prescrizioni normative, regolamentari e fiscali tempo per tempo vigenti;

e) dal volo aereo;

f) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, trekking oltre i 2000 mt s.l.m e attività subacquee, paracadutismo o sport aerei in genere;

g) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey;

h) da abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcoolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco), nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;

i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;

j) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;

k) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;

l) dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;

m) da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate riconosciute dal CONI, esercitate da Assicurati di età superiore ai 20 anni;

n) da attività di fabbricazione e/o brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;

o) da malattie mentali, disturbi psichici in genere;

p) 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.);

q) dall'intervento - comunque inteso - delle Forze Armate dello Stato;

r) da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;

s) sono comunque esclusi:

- la sieropositività da HIV;
- i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- le malattie professionali;
- la NBC, così come definita nel glossario;
- la pandemia, così come definita nel glossario;

Restano comunque espressamente escluse le rendite, così come definite nel glossario.

CAPITOLO 2 – RESPONSABILITÀ CIVILE VITA PRIVATA

ART. 24 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa si obbliga – fino alla concorrenza del massimale pari a euro 250.000 (duecentocinquantamila/00) – a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi esclusivamente nell'ambito dell'attività extraprofessionale.

L'assicurazione vale inoltre:

- a) per la responsabilità civile dei familiari risultanti dallo stato di famiglia;
- b) per la responsabilità civile che possa derivare all'assicurato da fatto illecito cagionato da persone delle quali debba rispondere (figli minori e collaboratori familiari);
- c) per la responsabilità civile di ogni altra persona stabilmente convivente e residente con l'assicurato e risultante dallo stato di famiglia.

Art. 25 – RISCHI COMPRESI

L'assicurazione vale altresì per le responsabilità derivanti dalla proprietà e/o conduzione del Fabbricato adibito ad abitazione principale o secondaria dell'assicurato, compresi i relativi impianti, dipendenze, giardini, strade private, alberi anche ad alto fusto, attrezzature sportive e piscine, recinzioni in genere, nonché cancelli automatici.

In conformità a quanto previsto dalla definizione di Fabbricato, se il Fabbricato fa parte di un condominio l'Assicurazione comprende tanto i danni di cui l'assicurato debba rispondere in proprio quanto la quota proporzionale a suo carico dei danni derivanti dalla proprietà comune, escluso ogni maggior onere conseguente al suo obbligo solidale con gli altri condomini.

Deve intendersi compresa la responsabilità dell'assicurato per i lavori di ordinaria manutenzione nonché la responsabilità dell'assicurato quale committente per i lavori di straordinaria manutenzione, anche se rientranti nell'ambito di applicazione del Decreto Legislativo n. 494/96 e successive ed eventuali modifiche. La presente estensione di garanzia è operante a condizione che i lavori siano effettuati con le prescritte licenze edilizie e comunque in conformità alle disposizioni di legge vigenti.

Sono altresì compresi, con applicazione di una franchigia sempre operante pari a Euro 100,00, i danni derivanti da spargimento d'acqua, i danni derivanti da rigurgiti di fogna di impianti di esclusiva pertinenza del Fabbricato;

- a) dalla proprietà e/o conduzione del Contenuto dell'abitazione principale o secondaria (ivi compresi eventuali danni derivanti da scoppio di apparecchi elettrodomestici e/o di gas ad uso domestico);
- b) da intossicazione od avvelenamento causati da cibi o bevande preparate o somministrate dall'assicurato;
- c) dalla caduta di antenne radiotelevisive purché installate in modo fisso;
- d) dalla proprietà o uso di imbarcazioni a remi o a vela di lunghezza non superiore a metri 6,50, purché non dati a noleggio o in locazione;
- e) dalla proprietà o uso di giocattoli anche a motore;
- f) dalla proprietà e/o uso di biciclette anche con servoassistenza a batteria o da circolazione in qualità di pedone;
- g) dall'esercizio di attività sportive a carattere ricreativo purché non praticate sotto l'egida di Federazioni ovvero per cui l'assicurato percepisca una qualche forma di retribuzione;
- h) dalla proprietà di cani, gatti, altri animali domestici da compagnia e di animali da sella in genere, compresa la responsabilità di coloro che, su richiesta dell'assicurato, detengano temporaneamente i suddetti animali. Per i danni arrecati dai cani l'Impresa applicherà una franchigia pari a Euro 100,00. Restano espressamente esclusi gli animali selvatici di qualsiasi specie;
- i) dagli infortuni sofferti dai collaboratori familiari in occasione dell'espletamento delle loro mansioni (escluse le malattie professionali), a condizione che questi siano in regola con gli adempimenti tutti previsti dalle norme vigenti, nessuno eccettuato, idem compreso la denuncia nominativa e l'assicurazione obbligatoria presso l'INAIL.

La garanzia comprende anche le somme che l'assicurato debba pagare a seguito di esercizio dell'azione di regresso da parte dell'INAIL.

L'assicurazione deve intendersi limitata esclusivamente al caso di morte e di lesioni personali da cui sia derivata un'invalidità permanente di grado superiore al 5% calcolata sulla base delle tabelle di cui agli allegati DPR 30.06.1965 n. 1124;

- j) dalla guida o messa in moto di veicoli e natanti a motore – da parte dei figli dell'assicurato minori di anni 16 – in violazione delle norme prescritte dalla legge per la loro guida ed uso e ad insaputa di genitori, con esclusione comunque dei danni subiti dai veicoli guidati e per il solo caso di rivalsa dell'assicuratore della Responsabilità Civile Auto in conformità alla Legge n. 990/69 e successive modifiche;
- k) dalla pratica del campeggio, con l'utilizzo delle attrezzature necessarie ovvero di hobby quali modellismo, bricolage e giardinaggio, ivi compreso l'uso di falciatrici a motore;
- l) dalla proprietà e detenzione di armi, anche da fuoco purché legalmente detenute, compreso l'uso personale per difesa, tiro a segno, tiro a volo e simili, escluso comunque l'esercizio dell'attività venatoria;
- m) per danni provocati in qualità di trasportato su autoveicoli, motoveicoli e natanti di proprietà altrui, per danni provocati a Terzi non trasportati sui medesimi con esclusione dei danni arrecati ai veicoli stessi;
- n) da interruzione o sospensione – totale o parziale – dell'utilizzo di beni di Terzi nonché di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, fino alla concorrenza del 10% del massimale assicurato, con il limite di Euro 30.000,00 per periodo annuo di assicurazione e con detrazione di una franchigia di Euro 100,00;
- o) per danni da inquinamento dell'ambiente causato dalla rottura improvvisa e accidentale degli impianti e/o condutture dell'abitazione principale o secondaria. Sono comunque esclusi i danni originati dalla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge nonché dalla intenzionale mancata prevenzione del danno per omesse riparazioni o adattamenti per prevenire o contenere l'inquinamento. Tale estensione di garanzia è prestata con uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 100,00 e fino a concorrenza del 10% del massimale assicurato, con il limite di Euro 30.000,00 per periodo annuo di assicurazione;
- p) per danni a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'assicurato o da lui detenute. Questa garanzia si intende prestata nei limiti del massimale di garanzia per danni a cose ma con un limite di risarcimento di Euro 30.000,00 per

sinistro. Qualora l'assicurato sia già coperto da polizza incendio con garanzia "RICORSO TERZI" la presente opererà in II° rischio, per l'eccedenza rispetto alle somme assicurate con la suddetta polizza incendio;

Art. 26 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività professionale, di industria o di commercio;
- b) derivanti da furto;
- c) derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi aerei e di locomozione a motore;
- d) conseguenti ad inadempienze di obblighi contrattuali e fiscali;
- e) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da: inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- f) derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione;
- g) da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- h) a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali non domestici;
- j) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;
- k) conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite;
- l) derivanti da responsabilità, di qualsiasi natura e comunque occasionata, direttamente o indirettamente derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura asbesto.

Art. 27 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i danni che avvengono nel mondo intero.

Art. 28 - PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Ai fini della presente assicurazione non sono considerati Terzi il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato nonché ogni altra persona con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia.

Art. 29 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa, entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 30 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

L'Impresa assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'assicurato stesso. L'Impresa si impegna a proseguire nella difesa penale dell'assicurato fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della tacitazione della parte lesa. Sono a carico dell'Impresa le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Impresa ed assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'Impresa non riconosce spese incontrate dall'assicurato per legali o tecnici che non siano espressamente da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 31 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, l'Assicurato, o gli aventi diritto, deve darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 Cod. Civ.

L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Cod. Civ. La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e una descrizione delle cause che hanno determinato l'evento e deve essere corredata da certificato medico diagnostico o da certificato del Pronto Soccorso. L'Assicurato o, in caso di morte, gli eredi testamentari o legittimi, devono consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 32 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti al contratto o sopravvenute. Pertanto l'indennità è riconosciuta per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti o sopravvenute.

Art. 33 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.

Ricevuta la necessaria documentazione, valutato il danno e concordato l'indennizzo, l'Impresa provvederà alla liquidazione del sinistro entro 30 giorni.

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 1.000.000,00.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 34 – ANTICIPI SU INDENNIZZI

L'Assicurato può richiedere all'Impresa un anticipo sugli indennizzi:

- ❖ per invalidità permanente, trascorsi almeno 120 giorni dalla data della denuncia dell'infortunio, fino ad un massimo del 40% del presumibile indennizzo stesso, a condizione che la presunta percentuale d'invalidità stimata dall'Impresa, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 25% della totale; tale valutazione provvisoria deve ritenersi non impegnativa rispetto alla definitiva valutazione del danno.

Le richieste d'anticipo indennizzo potranno essere accolte dall'Impresa a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia.

Il pagamento degli anticipi sugli indennizzi sarà effettuato dall'Impresa entro 30 giorni dalla data della richiesta avanzata dall'Assicurato, salvo il diritto dell'Impresa stessa alla restituzione di quanto corrisposto qualora emergessero successivamente fatti tali da invalidare, in tutto od in parte, la garanzia assicurativa.

Resta in ogni caso inteso che gli anticipi corrisposti saranno dedotti da quanto dovuto in sede di liquidazione definitiva.

Art. 35 – VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

L'assicurazione è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge e rimane in vigore anche nei casi in cui tale obbligo risulti o sia stabilito successivamente.

Art. 36 – CONTROVERSIE

Le divergenze sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 24 delle Condizioni di Assicurazione sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Art. 37 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde

800.894149

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039.9890722; comunicando subito le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero di polizza;
- motivo della chiamata;
- numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarVi.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

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

Per eventuali reclami scrivere a

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – Mi - 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 richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Richiedi le tue credenziali" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.

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

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

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

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

ALLEGATO 1

TABELLA INAIL INDUSTRIA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	D.	-	S.
Sordità completa di un orecchio.....	15		
Sordità completa bilaterale	60		
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35		
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40		
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8		
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18		
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11		
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace.....	30		
Perdita di un rene con integrità del rene superstito.	25		
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica.	15		
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio.....	5		
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30	
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale.....	85	75	
b) per amputazione al terzo superiore	80	70	
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65	
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60	
Perdita di tutte le dita della mano	65	55	
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30	
Perdita totale del pollice	28	23	
Perdita totale dell'indice.....	15	13	
Perdita totale del medio		12	
Perdita totale dell'anulare.....		8	
Perdita totale del mignolo		12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12	
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6	
Perdita della falange ungueale del medio		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9	
Perdita delle due ultime falangi del medio		8	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8	

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	D.	-	S.
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30	25	
b) in pronazione	35	30	
c) in supinazione	45	40	
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione.....	25	20	
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55	50	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione.....	40	35	
b) in pronazione	45	40	
c) in supinazione	55	50	
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione.....	35	30	
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15	
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22	18	
b) in pronazione	25	22	

c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

NOTE:

(1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

(2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

(3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.

(4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.

(5) *In caso di afachia monolaterale:*

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

(6) *In caso di afachia bilaterale*, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto:

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari:

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio:

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio:

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

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

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

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

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 - Criteri di redazione

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

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

INFORMATIVA 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. 38 bis del Regolamento Ivass 35./2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. Modalità di trattamento

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

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

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

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

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

5. Profilazione

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
 - soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e carrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
 - altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società 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 info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

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



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 30 settembre 2020