



INFORTUNIO CONDUCENTE E TUTELA LEGALE GLOBAL SAFE

MODELLO TISAFE.2025 – 2025.001 – EDIZIONE 01.09.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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



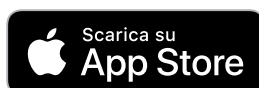
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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



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: Infortunistico conducente e Tutela legale Global Safe

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.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza tutela l'Assicurato attraverso le garanzie Infortunistico del Conducente e Tutela legale.

Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti nel Modulo di adesione sottoscritto dall'Assicurato.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ Capitolo Infortunistico del Conducente

La garanzia Infortunistico del Conducente comprende la fornitura di tre prestazioni assicurative: Morte da infortunio, Invalidità permanente e Rimborsamento delle spese mediche.

Morte da Infortunio: L'Impresa, nel limite della somma assicurata di €. 75.000,00 quale capitale assicurato per l'Invalidità permanente, assicura il Legittimo Conducente per gli infortuni subiti (nel corso del periodo di validità della polizza) in occasione della guida del Veicolo identificato sul Modulo di Adesione, che abbiano comportato la morte.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'Assicurato decede entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), l'Impresa corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, l'Impresa liquida il capitale assicurato dopo 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, l'Impresa ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Invalidità Permanente: L'Impresa, nel limite della somma assicurata di €. 75.000,00 quale capitale assicurato per l'Invalidità permanente, assicura il Legittimo Conducente per gli infortuni subiti (nel corso del periodo di validità della polizza) in occasione della guida del Veicolo identificato sul Modulo di Adesione, che abbiano comportato un'invalidità permanente. L'indennità per invalidità permanente parziale verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità, facendo riferimento ai criteri e valori sottoelencati:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, l'Impresa corrisponde la Somma Assicurata (€. 75.000,00);
- se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che verrà accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle menomazioni della Tabella ANIA, riportata all'art. 21 delle Condizioni di Assicurazione.

Con riferimento alla menomazione degli arti superiori, le percentuali di invalidità indicate nella tabella ANIA esplicita si riferiscono alle persone destrimane. Per le persone mancine, la colonna con la percentuale di danno maggiore si applica agli arti superiori sinistri.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Rimborsamento delle Spese Mediche: L'Impresa, nel limite di €. 3.000,00 per sinistro e per anno assicurativo e con l'applicazione di una franchigia relativa di €. 100,00, garantisce, in caso di infortunio indennizzabile e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute entro 200 giorni successivi dall'infortunio:

- Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
 - onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero;
 - esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
 - per il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato;
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;

- per il rientro al domicilio al momento della dimissione.
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

• Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

• Cure e protesi dentarie da infortunio:

- cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
- protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", l'Impresa rimborserà le spese non riconosciute dal prestatario Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale. Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

✓ Capitolo Tutela legale

L'Impresa assume a proprio carico l'onere dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che l'Assicurato dovesse sostenere a seguito di un sinistro rientrante nella copertura assicurativa e verificatosi durante la circolazione del veicolo. La copertura assicurativa s'intende comunque operante entro il limite di euro 50.000,00 per sinistro.

L'assicurazione, pertanto, è prestata per le spese, competenze ed onorari dei professionisti liberamente scelti dall'Assicurato per:

- L'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, compreso il procedimento di mediazione ai sensi del D.Lgs. n. 28/2010 o di negoziazione assistita prevista dal D.Lgs. n. 162/2014;
- Il Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU), nella misura delle somme liquidate dal Giudice, e il Consulente Tecnico di Parte (CTP);
- Un legale e/o perito di controparte, in caso di soccombenza dell'Assicurato con condanna alle spese, nella misura liquidata dal Giudice;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- di indagini per la ricerca di prove a difesa, nei procedimenti penali;
- per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'Assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli Organismi di Mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli Organismi pubblici;
- per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima. Inoltre, in caso di arresto, minaccia di arresto o di procedimento penale all'estero, in uno dei Paesi ove la garanzia è operante, l'Impresa assicura le spese per l'assistenza di un interprete e le spese relative a traduzioni di verbali o atti del procedimento;
- Gli arbitrati rituali e/o irrituali, compreso l'arbitrato e azioni legali nei confronti di compagnie di assicurazione (escluso Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.), atte a riconoscere il diritto dell'Assicurato al risarcimento e/o quantificazione dello stesso, per un valore di lite non inferiore ad Euro 1.000,00;
- Le transazioni preventivamente autorizzate dall'Impresa;
- La formulazione di ricorsi ed istanze da presentarsi alle Autorità competenti;
- L'intervento di un avvocato domiciliatario - per giudizi civili di valore superiore a Euro 5.000,00 - nel caso in cui il legale prescelto dall'Assicurato nella propria città di residenza non abbia studio nel luogo ove ha sede l'Autorità giudiziaria competente e, pertanto, debba farsi rappresentare da altro professionista; in tal caso l'Impresa corrisponderà a quest'ultimo i diritti di domiciliazione.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Per il Capitolo Infortunio del conducente, non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., siero-positività da H.I.V., da Parkinson, da Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, forme maniaco-depressive, disturbi schizofrenici, stati o disturbi paranoidi. L'assicurazione cessa dal momento in cui si è manifestata una delle predette alterazioni patologiche e l'Impresa si impegna a rimborsare all'Assicurato la parte di premio, al netto delle imposte dovute per legge, relativa al periodo di rischio non corso.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Esclusioni generali valide per il Capitolo 1 – Infortunio del Conducente:

La garanzia Infortunio del Conducente non è operante per:

- 1) gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;
- 2) gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dal Legittimo Conducente. Sono esclusi anche quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato o del Legittimo Conducente;
- 3) gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;
- 4) gli infortuni subiti in volo su mezzi di locomozione aerei, salvo quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei su regolari voli di linea;
- 5) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche del Legittimo Conducente;
- 6) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se il Legittimo Conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- 7) gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari, salvo che per coloro che svolgono esclusivamente compiti amministrativi e d'ufficio in Italia;
- 8) gli infortuni subiti sul lavoro: in cave (anche a cielo aperto) o in miniere;
- 9) gli infortuni subiti per le professioni circensi, acrobata, stunt-man o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplodenti;
- 10) gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- 11) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- 12) le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione;
- 13) le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata 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/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche.
- 14) gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.

Inoltre, la garanzia Infortunio del Conducente non è operante:

- 15) se il Legittimo Conducente non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 16) per gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, provocazioni, imprese temerarie, nonché durante la partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove;

- 17) per le persone affette da apoplezia, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo o da qualsiasi infermità o menomazioni gravi permanenti;
 - 18) a seguito di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e qualsiasi altra calamità naturale, sia essa dichiarata o meno;
- Non rientrano nella valutazione del danno gli aggravamenti delle condizioni fisiche e patologiche che l'infortunio può aver generato, né il maggior effetto che tali condizioni possono causare alle lesioni prodotte dall'infortunio, in quanto conseguenze indirette e, quindi, non indennizzabili.

Esclusioni generali valide per il Capitolo 2 – Tutela legale:

Sono esclusi dalla garanzia:

- a) Il pagamento di multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- b) Gli oneri fiscali;
- c) Le spese, competenze ed onorari attinenti a controversie di recupero del credito, intendendo per tali sia le ipotesi in cui l'Assicurato rivesta la qualifica di creditore sia l'ipotesi in cui sia soggetto passivo della controversia (debitore);
- d) Le spese, competenze ed onorari per controversie in materia amministrativa, fiscale e tributaria;
- e) Le spese, competenze ed onorari per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
- f) Le spese, competenze ed onorari per controversie relative a successioni e/o donazioni;
- g) Le spese, competenze ed onorari per controversie derivanti da compravendita e/o permuta di immobili, terreni e beni mobili registrati;
- h) Le spese, competenze ed onorari per controversie derivanti da contratti di locazione;
- i) Le spese per controversie nei confronti di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;
- j) Le spese per controversie tra assicurati (più persone assicurate nell'ambito dello stesso contratto);
- k) Le tasse di registro.

L'Impresa non assume a proprio carico il pagamento degli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza, fatta eccezione per l'IVA sulle parcelle dei professionisti incaricati purché l'Assicurato non abbia la possibilità di detrarre tale imposta.

La garanzia è, inoltre, esclusa:

- per controversie e procedimenti penali derivanti dalla proprietà o guida di mezzi nautici a motore e aerei a motore;
- se il Legittimo Conducente non è in possesso dei requisiti o non è abilitato alla guida secondo la normativa vigente, oppure guida il veicolo con patente non regolare o diversa da quella prescritta o non ottempera agli obblighi stabiliti in patente; se tuttavia il Legittimo Conducente non ha ancora ottenuto la patente, pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida, o è munito di patente scaduta, ma ottenga il rilascio o il rinnovo della stessa entro i 60 giorni successivi al sinistro, la garanzia diventa operante:
 - se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione;
 - controversie con la Contraente.

Le eventuali limitazioni ed esclusioni specifiche di ciascuna garanzia sono riportate all'interno del Documento di Informativa Precontrattuale Aggiuntivo.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ L'assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e degli Stati dell'Unione Europea, nonché per il territorio dell'Islanda, del Liechtenstein, della Norvegia, del Principato di Monaco, della Svizzera e di Andorra.

L'assicurazione vale altresì per tutti gli altri Stati che fanno parte del sistema della Carta Verde e le cui sigle internazionali, indicate sulla Carta Verde stessa, non siano barrate.



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/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa 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 e/o l'Assicurato devono 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.

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 dovrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa.

In caso di frazionamento del premio, può essere previsto un aumento del premio nella misura indicata nelle Condizioni di Assicurazione.

Le modalità di pagamento del premio previste sono: bonifico bancario, assegni o contanti (nei limiti previsti dalla normativa vigente).

Il premio è già comprensivo di imposte.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Se il Contraente 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).

Il Contratto ha la durata poliennale indicata nella Scheda di Polizza. Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo.

Le singole coperture potranno avere durata annuale o pluriennale (massimo 72 mesi) in base all'opzione che sarà scelta dall'Assicurato e cesseranno alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta. Resta espressamente escluso qualsivoglia tacito rinnovo.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il presente contratto prevede il diritto di ripensamento per l'Assicurato da esercitarsi, pena la decadenza, entro i 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.

Il diritto si esercita con l'invio di una lettera raccomandata A/R o PEC (nobisassicurazioni@pec.it), sarà poi facoltà dell'Impresa, una volta ricevuta la comunicazione, controllare la data di recesso e inviarla al Contraente.

L'Impresa rimborserà all'Assicurato per il tramite del Contraente il premio versato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.

L'Assicurato, nel caso di contratti poliennali, potrà recedere ad ogni ricorrenza annuale attraverso la formulazione di un preavviso scritto di almeno 60 giorni, mediante lettera raccomandata A/R o PEC. L'Impresa provvederà alla restituzione – per il tramite del Contraente – della parte di premio pagata e non goduta, al netto delle imposte dovute per legge.

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, l'Assicurato e l'Impresa possono recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo P.E.C.

Il recesso ha effetto:

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

In presenza di VINCOLO (operante esclusivamente nel caso in cui sulla Scheda di polizza/Modulo di Adesione vengano riportati i dati richiesti):

A) Per i veicoli locati in leasing: resta inteso che l'Impresa potrà dare regolare disdetta della polizza da inoltrarsi al Contraente/Assicurato ai sensi di polizza e da comunicarsi contestualmente all'Ente vincolatario con lettera raccomandata. Resta inoltre inteso che, in caso di danni al veicolo assicurato riconducibili alle garanzie prestate, l'indennizzo da liquidarsi ai sensi di polizza verrà, a norma dell'art. 1891 secondo comma del Codice Civile, corrisposto all'Ente vincolatario nella sua qualità di proprietario di detto veicolo, e che pertanto da essa verrà sottoscritta la relativa quietanza liberatoria. Il Contraente/Assicurato rinuncia ad avvalersi della facoltà di disdire il contratto fino alla data di scadenza del leasing indicata nella Scheda di polizza/ Modulo di Adesione, salvo che l'Impresa non riceva autorizzazione in tal senso dall'Ente vincolatario.

In caso di estinzione anticipata del contratto di leasing, indipendentemente dalla causa che l'ha determinata, la copertura assicurativa si estingue contestualmente e l'Assicurato ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto. Qualora il veicolo assicurato sia oggetto di danno totale o parziale, all'Assicurato spetta la restituzione del premio pagato e non goduto relativo alle eventuali annualità successive a quella nel corso della quale si è verificato il sinistro accertato dall'Impresa.

Resta salva la facoltà dell'Assicurato di richiedere la prosecuzione della copertura assicurativa fino alla naturale scadenza della polizza.

B) per veicoli venduti ratealmente con ipoteca legale o con patto di riservato dominio a favore dell'Ente finanziatore: il Contraente/Assicurato rinuncia ad avvalersi della facoltà di disdire il contratto fino alla data di scadenza del vincolo indicata nel Modulo di Adesione, salvo che l'Impresa non riceva autorizzazione in tal senso dall'Ente finanziatore.

ASSICURAZIONE MULTIGARANZIA

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



Prodotto: Infortunio Conducente e Tutela legale Global Safe
Versione n. 1 di Settembre 2025 (ultimo 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 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.

La società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Axa Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 2497 seguenti del Codice Civile e appartiene al gruppo assicurativo Axa Italia, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 041.

Esercizio 2024

Bilancio approvato il 28/03/2025

Il patrimonio netto di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad €. 173.843.377 ed il risultato economico di periodo ammonta ad €. 32.530.247,89.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, si specifica che il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 192,7% 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?

Si specifica che l'adesione alla presente polizza da parte dell'Assicurato è del tutto facoltativa. Non è obbligatorio stipulare la polizza assicurativa al fine di ottenere l'erogazione di eventuali Finanziamenti o Leasing.

Non sono previste opzioni che comportino una riduzione di premio o il pagamento di un premio aggiuntivo.

Infortunio del Conducente

La garanzia Infortunio del Conducente comprende:

- l'asfissia non dipendente da malattia;
- l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente. La garanzia relativamente alle ernie addominali da sforzo opera con una carenza di 180 giorni dalla data di effetto. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con l'Impresa, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora, per le sole somme e le sole prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente, per data di effetto si intende il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita;
- le ernie traumatiche non operabili (in ogni caso comunque escluse quelle discali), limitatamente al solo caso di invalidità permanente.

Tutela legale

Con riferimento all'art. 36 delle condizioni di assicurazione, la garanzia riguarda esclusivamente i sinistri concernenti il veicolo o la persona indicata sul Modulo di Adesione e verificatesi durante la circolazione.

Sono assicurati il proprietario del veicolo ovvero il locatario del medesimo ovvero la persona indicata sul Modulo di Adesione ovvero, ancora, il conducente regolarmente autorizzato ed i trasportati, in relazione agli eventi connessi al veicolo identificato sul Modulo di Adesione.

La garanzia è operante nei seguenti casi:

1. Arbitrato e azioni legali nei confronti di compagnie di assicurazioni (**escluso Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.**) relativamente a controversie inerenti richieste di indennizzo o di risarcimento danni. Sono inoltre comprese le spese sostenute in ambito stragiudiziale, fino alla concorrenza di Euro 500,00 per evento, anche nei confronti della propria Compagnia di Responsabilità Civile Auto in merito all'applicazione della Convenzione CARD (Convenzione tra gli Assicuratori per il Risarcimento Diretto). Ai sensi degli artt. 148 e 149 del Codice delle Assicurazioni Private le spese in ambito stragiudiziale sono garantite nei seguenti casi:
 - I. Inosservanza dei termini previsti per la formulazione dell'offerta;

	II. Mancata comunicazione o diniego di offerta; III. Mancato accordo tra le Parti. 2. Danni subiti dal veicolo, dal proprietario, dal conducente regolarmente autorizzato e/o dai trasportati per fatti illeciti posti in essere da altri soggetti in occasione dell'uso del veicolo; 3. Danni cagionati dal proprietario o dal conducente autorizzato, a trasportati ovvero ad altri soggetti in conseguenza dell'uso del veicolo; 4. Difesa penale del proprietario, conducente autorizzato e trasportati per reato colposo o contravvenzione avvenuti in conseguenza dell'uso del veicolo (sono compresi i procedimenti per i reati previsti agli artt. 589-bis - Omicidio stradale e 590-bis - Lesioni personali stradali gravi e gravissime del Codice Penale); 5. Istanza di dissequestro del veicolo in caso di sequestro avvenuto in conseguenza di incidente della circolazione; 6. Istanza di modifica del provvedimento di sospensione della patente in conseguenza di incidente della circolazione.
--	---



CHE COSA NON È ASSICURATO?

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

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.

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

Infortunio del Conducente	Morte e Invalidità permanente Ricevuta la documentazione necessaria e valutato il danno, l'Impresa effettua il pagamento dell'indennità tenendo conto della franchigia assoluta del 3%. In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60%, l'Impresa riconoscerà l'intera somma assicurata. Sono pagate le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, non rientrano nella valutazione del danno gli aggravamenti delle condizioni fisiche e patologiche che l'infortunio può aver generato, né il maggior effetto che tali condizioni possono causare alle lesioni prodotte dall'infortunio, in quanto conseguenze indirette e, quindi, non indennizzabili. Se l'Assicurato, al momento dell'infortunio, non è fisicamente sano ed integro, vengono pagate soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana ed integra. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella tabella di cui sopra per la valutazione del grado di invalidità permanente sono diminuite tenendo conto dell'invalidità preesistente. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di uno o più organi o arti, l'indennità è definita sommando le singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino al limite massimo del 100%. Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, viene considerata invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. Nel caso di perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice, l'indennità è pari alla metà e per la falange di qualsiasi altro dito, pari ad un terzo della percentuale stabilita per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita in riferimento alle percentuali ed ai criteri indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione del Conducente. Resta inteso che, qualora al momento del sinistro l'Assicurato risulti avere un'età pari o superiore ai 75 anni, sarà applicato uno scoperto del 50% sull'importo liquidabile.
Tutela legale	Ad integrazione dell'art. 38 delle condizioni di assicurazione la garanzia non è operante nei seguenti casi: 1. Dolo dell'Assicurato; 2. Se il veicolo indicato sul Modulo di adesione non è coperto da assicurazione obbligatoria di responsabilità civile da circolazione (RCA); 3. Nel caso di trasporto di persone, qualora questo non avvenga in conformità a quanto previsto dalla carta di circolazione ovvero da ogni altra disposizione vigente in materia di trasporto; 4. Violazione dell'art. 186 (guida sotto l'influenza dell'alcool), art. 186-bis (guida sotto l'influenza dell'alcool per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose), art. 187 (guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti) e art. 189 (comportamento in caso di incidente) del C.d.S., salvo sentenza di assoluzione con formula piena; 5. In relazione a fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette esclusivamente dall'A.C.I.; 6. Per le controversie di natura contrattuale nei confronti dell'assicuratore RCA del veicolo indicato sul Modulo di adesione; 7. Nel caso in cui la compagnia di RCA agisca nei modi e nei termini previsti dagli artt. 148 e 149 del Codice delle Assicurazioni Private. Con riferimento alla prestazione Intervento di un avvocato domiciliatario, restano espressamente esclusi gli oneri per la trattazione extragiudiziale e le spese di trasferta del legale di fiducia dell'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto al proprietario o utilizzatore (sia persona fisica che persona giuridica) di un veicolo avente le caratteristiche descritte all'interno delle Condizioni di Assicurazione, immatricolato in Italia o nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano.



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 veicolo assicurando e le garanzie prescelte.

Costi d'intermediazione: la quota spettante all'Intermediario per il ramo 1 (Infortunistico) e per il ramo 17 (Tutela legale) è pari al 60%.

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	- 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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale: - Ramo 1 – Infortunistico: imposte sul premio pari al 2,50%; - Ramo 17 – Tutela legale: imposte sul premio pari al 12,50%. Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono detraibili al 19% nei seguenti casi e alle seguenti condizioni. • Infortuni (Ramo 1): 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. • 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).
---	---

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	2
PREMESSA	2
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modifica del rischio	2
Art. 2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	2
Art. 3 – Adesione alla polizza collettiva	2
Art. 3 Bis – Variazione del Contraente e/o dell'Assicurato	2
Art. 4 – Comunicazione per l'operatività della polizza	2
Art. 5 – Validità	3
Art. 6 – Durata del contratto	3
Art. 6 Bis – Durata delle singole applicazioni assicurative	3
Art. 7 – Validità territoriale	3
Art. 8 – Assicurazione presso diversi assicuratori	3
Art. 9 – Oneri fiscali	3
Art. 10 – Sottoscrizione del contratto tramite firma elettronica qualificata	3
Art. 11 – Rivalsa	3
Art. 12 – Diritto di ripensamento – Facoltà di recesso su polizze di durata poliennale, facoltà di recesso bilaterale in caso di sinistro	3
Art. 13 – Trasferimento della proprietà del veicolo (sostituzione/cessione del contratto)	4
Art. 14 – Risoluzione del contratto per furto/rapina	4
Art. 15 – Cessazione di rischio per demolizione, distruzione, rottamazione o esportazione definitiva del veicolo assicurato	4
Art. 16 – Sospensione in corso di contratto	4
Art. 17 – Vincolo	5
Art. 18 – Foro competente	5
Art. 18 Bis – Rinvio alle norme di legge	5
Art. 19 – Forza probatoria del contratto – forma delle comunicazioni	5
Art. 19 Bis – Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto	5
Art. 20 – Clausola broker	5
Art. 20 Bis – Sanction Clause	5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	6
CAPITOLO 1 – INFORTUNIO DEL CONDUCENTE	6
Art. 21 – Morte per infortunio e invalidità permanente	6
Art. 22 – Rimborso spese mediche	7
NORME COMUNI AL CAPITOLO 1 – INFORTUNIO DEL CONDUCENTE	7
Art. 23 – Persone non assicurabili	7
Art. 24 – Estensioni di garanzia	8
Art. 25 – Esclusioni	8
Art. 26 – Criteri di indennizzabilità e pagamento dell'indennizzo	8
Art. 27 – Indipendenza da obblighi assicurativi e di legge	9
Art. 28 – Rinuncia al diritto di surrogazione	9
Art. 29 – Risoluzione delle controversie sul grado di invalidità	9
CAPITOLO 2 – TUTELA LEGALE	9
Art. 30 – Oggetto della garanzia tutela legale	9
Art. 31 – Esclusioni	10
Art. 32 – Rischi assicurati	10
Art. 33 – Rischi esclusi	10
Art. 34 – Coesistenza con assicurazioni di responsabilità civile	11
Art. 35 – Insorgenza del sinistro – decorrenza della garanzia	11
Art. 36 – Scelta del legale e gestione del sinistro	11
Art. 37 – Responsabilità pre-contrattuali	11
Art. 38 – Anticipo indennizzi	11
Art. 39 – Recupero di somme	11
Art. 40 – Verifiche e controlli	11
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	12
Art. 41 – 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/i: il documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato.

Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Autorità: Autorità di pubblica sicurezza;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone;

Franchigia: la parte di danno, espressa in misura fissa o in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato in caso di sinistro;

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

Imputazione colposa: per reato commesso con negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza leggi e regolamenti (artt. 42 e 43 Codice Penale);

Imputazione dolosa: per reato volontariamente commesso (artt. 42 e 43 Codice Penale);

Incidente: sinistro dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale, che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali;

Indennizzo: La somma dovuta da Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente;

Intermediario: il soggetto – persona fisica o giuridica – iscritto al Registro Unico degli Intermediari che svolge attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa;

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni;

Legittimo Conducente: l'Assicurato e la persona autorizzata dall'Assicurato a guidare il veicolo assicurato;

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

OTP (One-time-password): password numerica, non ripetibile (utilizzabile una sola volta), e resa disponibile al sottoscrittore in una delle modalità previste dalla norma in un momento immediatamente antecedente all'apposizione della Firma Elettronica Qualificata;

Premio: la somma dovuta all'Impresa quale corrispettivo per l'attivazione delle garanzie assicurative;

Proprietario del Veicolo: l'intestatario al PRA del veicolo assicurato o colui che possa legittimamente dimostrare la titolarità del diritto di proprietà;

"Reato": violazione di norme penali distinte a seconda della specie di pena prevista dall'ordinamento (art. 17 c.p.):

- DELITTO = violazione per la quale è prevista la pena dell'ergastolo, della reclusione e della multa;
- CONTRAVVENZIONE = violazione per la quale è prevista la pena dell'arresto e dell'ammenda;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

Scheda di Polizza: il documento sottoscritto dal Contraente che prova il contratto di assicurazione;

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Somma Assicurata/Massimale: il limite massimo dell'indennizzo o del risarcimento contrattualmente stabilito.

Spese di giustizia penale: spese del procedimento, dovute allo stato dal condannato (art. 535 c.p.p. comma 1);

Spese di soccombenza: spese che la parte soccombente è condannata a rimborsare alla parte vittoriosa nel procedimento civile;

Terzo: non rivestono qualifica di terzi:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia;
- b) i dipendenti dell'Assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;

Transazione: accordo con il quale le Parti, mediante reciproche concessioni, definiscono una controversia o prevengono l'insorgere della stessa;

Trattazione stragiudiziale: tutta l'attività che precede o viene esperita in sede diversa dal giudizio, volta al componimento del contenzioso evitando il ricorso al Giudice;

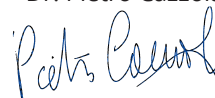
Veicolo: autovettura a uso privato o autocarro di peso complessivo fino a 3,5T e di altezza non superiore ai 3 metri, immatricolate in Italia o nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano.

Vertenza amministrativa: contenzioso in cui una delle due Parti è lo Stato o un Ente Pubblico, la cui decisione può essere demandata in sede giudiziale, ad esempio, all'Autorità Amministrativa competente quale il T.A.R. (Tribunale Amministrativo Regionale) o, in sede di appello, il Consiglio di Stato;

Vertenza contrattuale: controversia inerente all'esistenza, la validità o l'esecuzione di patti, accordi o contratti conclusi tra le Parti, anche verbalmente, che trae origine dall'inadempimento delle obbligazioni dedotte in contratto.

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. Pietro Cazzola



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione Infortunio Conducente e Tutela Legale Global Safe Mod. **TISAFE.2025 – 2025.001**
Ultimo aggiornamento 01/09/2025

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. 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 del tutto facoltativa.

Non è obbligatorio stipulare la presente polizza al fine di ottenere eventuali finanziamenti/leasing o al fine di ottenerli alle condizioni proposte.

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICA DEL RISCHIO

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

Il Contraente e l'Assicurato devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento o diminuzione del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti all'Impresa, possono comportare la perdita parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 c.c.).

Nel caso di diminuzione del rischio ai sensi dell'art. 1897 c.c., l'Impresa è tenuta a ridurre il premio a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione.

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il contratto di assicurazione ha effetto dalla data indicata sulla polizza 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).

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero.

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnato il contratto oppure direttamente all'Impresa.

Le modalità di pagamento del premio previste sono: bonifico bancario, assegno o contanti (nei limiti previsti dalla normativa vigente).

Art. 3 – ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

La presente copertura è rilasciata in forma collettiva ad adesione facoltativa. Il Contraente provvede a consegnare agli Assicurati, in base alle norme applicabili, la documentazione relativa all'Intermediario (M.U.P.), l'Informativa precontrattuale, comprensiva dei DIP Danni, DIP Aggiuntivo, Glossario e Condizioni di Assicurazione contenuti nel Set informativo previsto dal Regolamento 41/2018 ed i moduli di Adesione alle singole coperture, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole.

Il Contraente si impegna a comunicare giornalmente all'Impresa i dati identificativi di ciascun Assicurato che aderisce alle coperture assicurative. La mancata comunicazione corrisponde a mancata copertura e, pertanto, nessuna prestazione potrà essere erogata dall'Impresa.

L'Impresa, entro il 5 del mese successivo, produce un'appendice per l'incasso dei premi dovuti agli inserimenti avvenuti nel mese precedente.

Il Contraente, per l'eventuale tramite dell'Intermediario, dovrà procedere al pagamento dell'appendice entro 10 giorni dall'emissione di detta appendice.

Art. 3 Bis – VARIAZIONE DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO

Le variazioni relative alla persona del Contraente e/o dell'Assicurato devono essere comunicate all'Impresa entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi. L'Impresa nei trenta giorni successivi ha la facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.

Art. 4 – COMUNICAZIONE PER L'OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Il Contraente, per l'eventuale tramite dell'Intermediario, provvederà a comunicare all'Impresa i seguenti dati relativi alle Coperture attivate:

- Targa del veicolo;
- Tipologia e modello del veicolo;
- Dati anagrafici e residenza dell'Assicurato;
- Inizio della copertura;
- Fine della copertura;
- Formula assicurativa prescelta, comprensiva delle garanzie attivate;

tramite canale "Web Services" 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 Condizioni di assicurazione trascritte nel Set Informativo, dal Modulo di Adesione nonché dalla Scheda di polizza.

Art. 6 – DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha la durata poliennale, così come risultante dalla Scheda di polizza.
Resta espressamente escluso qualsiasi tacito rinnovo.

Art. 6 BIS – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI ASSICURATIVE

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 12 mesi e la durata massima di 72 mesi.**
Resta espressamente escluso qualsiasi tacito rinnovo.

Art. 7 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e degli Stati dell'Unione Europea, nonché per il territorio dell'Islanda, del Liechtenstein, della Norvegia, del Principato di Monaco, della Svizzera e di Andorra.

L'assicurazione vale altresì per tutti gli altri Stati che fanno parte del sistema della Carta Verde e le cui sigle internazionali, indicate sulla Carta Verde stessa, non siano barrate.

Art. 8 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa 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, indipendentemente dalla garanzia a cui afferisce, il Contraente e/o l'Assicurato devono 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 rimosse non superino l'ammontare del danno.

Art. 9 – 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. 10 – SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO TRAMITE FIRMA ELETTRONICA QUALIFICATA

Il servizio di Firma Elettronica Qualificata permette di sottoscrivere validamente i documenti che avranno la stessa efficacia giuridica e probatoria riconosciuta dal nostro ordinamento alla firma autografa.

La Firma Elettronica Qualificata è ottenuta attraverso una procedura informatica che garantisce la connessione univoca al firmatario e la sua univoca autenticazione informatica, creata con mezzi sui quali il firmatario può conservare un controllo esclusivo e collegata ai dati ai quali si riferisce in modo da consentire di rilevare se i dati stessi siano stati successivamente modificati.

La Firma Elettronica Qualificata in aggiunta alla firma elettronica avanzata possiede queste caratteristiche:

- È creata su un dispositivo qualificato per la creazione di una firma elettronica;
- È basata su un certificato elettronico qualificato;
- Ha effetto giuridico equivalente a quello di una firma autografa.

Questo tipo particolare di firma digitale remota è sicura e facile da usare. Rispetto alla firma Digitale consente di apporre firme senza la necessità di ricorrere all'installazione di hardware o software sul supporto utilizzato (PC, Tablet, Smartphone) a condizione che vi sia un accesso dati ad Internet.

La Firma Digitale Remota si presenta infatti come servizio fruibile online: il certificato di Firma non è presente su un supporto nelle mani del firmatario ma risiede presso un server sicuro di Aruba e l'utilizzatore, per sottoscrivere digitalmente i propri documenti, richiama il proprio certificato inserendo Username, password e un'ulteriore credenziale di Autenticazione Forte fornita da sistemi One Time Password (OTP). La firma apposta è qualificata e totalmente equivalente a quella di un Kit di Firma tradizionale.

L'utilizzo della firma Elettronica Qualificata avviene dopo che il Cliente ha accettato, con un'apposita dichiarazione, di utilizzare questa modalità di firma.

Il Cliente può chiedere in ogni momento, una copia della suddetta dichiarazione di accettazione da lui firmata, contestualmente o successivamente al momento della firma.

Art. 11 – RIVALSA

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.

Art. 12 – DIRITTO DI RIPENSAMENTO – FACOLTÀ DI RECESSO SU POLIZZE DI DURATA POLIENNALE, FACOLTÀ DI RECESSO BILATERALE IN CASO DI SINISTRO

Il presente contratto prevede il diritto di ripensamento per l'Assicurato da esercitarsi, pena la decadenza, entro i 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.

Il diritto si esercita con l'invio di una lettera raccomandata A/R o di una PEC (nobisassicurazioni@pec.it) a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. in Via Lanzo 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO); sarà poi facoltà dell'Impresa, una volta ricevuta la comunicazione, controllare la data di recesso e inviarla al Contraente.

L'Impresa rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, il premio versato, dedotto l'ammontare delle imposte applicabili per legge.

L'Assicurato, nel caso di contratti poliennali, potrà recedere ad ogni ricorrenza annuale attraverso la formulazione di un preavviso scritto di almeno 60 giorni, mediante lettera raccomandata A/R o PEC indirizzata all'Impresa. Quest'ultima provvederà

alla restituzione all'Assicurato – per il tramite del Contraente – della parte di premio pagata e non goduta, al netto delle imposte dovute per legge.

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, l'Assicurato e l'Impresa possono recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo P.E.C.

Il recesso ha effetto:

- **nel caso di recesso del Contraente:** dalla data di invio della sua comunicazione all'Impresa;
- **nel caso di recesso dell'Assicurato:** dalla data di invio della sua comunicazione all'Impresa (per tramite del Contraente);
- **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, il Contraente (decorsi 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso) 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 il 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 che l'Impresa potrà esercitare il proprio diritto di recesso anche nei confronti del singolo Assicurato con le medesime modalità di cui sopra.

In caso di recesso esercitato dall'Assicurato, in assenza di sinistri liquidati o riservati, l'Impresa restituirà (per il tramite del Contraente) la parte di premio pagata e non goduta, al netto delle imposte.

Art. 13 – TRASFERIMENTO DELLA PROPRIETÀ DEL VEICOLO (SOSTITUZIONE/CESSIONE DEL CONTRATTO)

A seguito del trasferimento della proprietà del veicolo o la sua consegna in conto vendita, comprovata mediante documentazione rilasciata da imprenditore regolarmente abilitato dalla CCIAA alla compravendita di veicoli, può determinare, a scelta dell'alienante, uno dei seguenti effetti:

- a) **Sostituzione del contratto** – nel caso in cui l'alienante chieda che il contratto sia reso valido per altro veicolo di sua proprietà o in comproprietà con il coniuge in regime di comunione di beni. Tale disposizione si applica anche nel caso di mutamento parziale della titolarità del veicolo che comporti il passaggio di proprietà da una pluralità di soggetti ad uno soltanto di essi. La sostituzione del contratto avrà efficacia nel momento in cui verrà emessa apposita appendice di variazione.
- b) **Cessione del contratto** – nel caso in cui l'alienante ceda il contratto di assicurazione ad altro soggetto. In tale caso il Contraente/Assicurato è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa, la quale prenderà atto della cessione mediante l'emissione di nuovi documenti contrattuali (ferma la scadenza del contratto in corso). Il cedente è tenuto al pagamento dei premi successivi fino al momento di detta comunicazione. Il contratto ceduto si estingue alla naturale scadenza ed il cessionario, per assicurare lo stesso veicolo, dovrà stipulare un nuovo contratto.

Nel caso in cui l'acquirente del veicolo non subentri nel contratto di assicurazione e l'alienante non chieda che il contratto sia reso valido per altro veicolo di sua proprietà, il contratto sarà annullato e l'Impresa provvederà a restituire la parte residua del premio corrisposta e non usufruita in ragione di 1/365 del premio annuo per giorno di garanzia dal momento del ricevimento della documentazione contrattuale (Scheda di polizza/Modulo di Adesione - copia Assicurato) e quella attestante la vendita del veicolo.

Nel caso in cui la vendita abbia fatto seguito alla documentata consegna in conto vendita del veicolo, la parte di premio corrisposta e non usufruita verrà calcolata a partire dalla data in consegna in conto vendita.

Art. 14 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER FURTO/RAPINA

Nel caso di risoluzione del contratto per furto/rapina del veicolo assicurato, il contratto è risolto a decorrere dalle ore 24,00 del giorno successivo alla denuncia presentata all'Autorità di pubblica sicurezza.

L'Assicurato deve darne notizia all'Impresa (tramite raccomandata A/R o PEC) fornendo copia della denuncia presentata all'Autorità di pubblica sicurezza.

In tale caso l'Impresa procederà al rimborso del premio pagato e non goduto in ragione di 1/365 del premio annuo per giorno di garanzia residua, al netto delle imposte.

Nel caso in cui la polizza sia stata stipulata per durate superiori all'anno, l'Impresa rimborsa anche l'importo corrisposto in via anticipata per le annualità successive a quella in corso al momento del furto o della rapina del veicolo assicurato al netto delle imposte.

Art. 15 – CESSAZIONE DI RISCHIO PER DEMOLIZIONE, DISTRUZIONE, ROTTAMAZIONE O ESPORTAZIONE DEFINITIVA DEL VEICOLO ASSICURATO

In caso di cessazione del rischio per distruzione, demolizione, rottamazione od esportazione definitiva del veicolo, il Contraente/Assicurato è tenuto darne immediata comunicazione all'Impresa.

Il Contraente/Assicurato, inoltre, deve consegnare all'Impresa:

- In caso di distruzione o esportazione definitiva del veicolo, l'attestazione del PRA certificante la restituzione della carta di circolazione e della targa di immatricolazione;
- In caso di demolizione o rottamazione, copia del certificato di cui all'art. 46, comma 4, del DLGS 5/2/1997 n. 22, rilasciato da un Centro di raccolta autorizzato ovvero da un concessionario o succursale di casa costruttrice ed attestante l'avvenuta consegna del veicolo per la demolizione o rottamazione.

Il contratto si risolve dal momento della consegna della documentazione indicata al primo e secondo comma e l'Impresa restituisce – per il tramite del Contraente – la parte di premio corrisposta e non goduta in ragione di 1/365 del premio annuo per giorno di garanzia residua dalla data dell'effettiva distruzione, demolizione, rottamazione o esportazione definitiva del veicolo assicurato, al netto delle imposte.

Nel caso in cui la polizza sia stata stipulata per durate superiori all'anno, l'Impresa rimborsa anche l'importo corrisposto in via anticipata per le annualità successive a quella in corso al momento della distruzione, demolizione, rottamazione o esportazione definitiva del veicolo assicurato al netto delle imposte.

Art. 16 – SOSPENSIONE IN CORSO DI CONTRATTO

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

Art. 17 – VINCOLO

(operante esclusivamente nel caso in cui sul Modulo di Adesione vengano riportati i dati richiesti)

a) per i veicoli locati in leasing

Premesso che il veicolo assicurato, di proprietà dell'Ente vincolatario ed immatricolato al PRA a suo nome, è stato concesso in leasing al Contraente/Assicurato sino alla data di scadenza del vincolo indicata nella Scheda di polizza/ Modulo di Adesione, l'Impresa si impegna nei confronti dell'Ente vincolatario stesso:

- a comunicare all'Ente vincolatario ogni sinistro in cui sia stato coinvolto il veicolo indicato in polizza entro 15 giorni dalla ricezione della relativa denuncia;
- a comunicare all'Ente vincolatario, con lettera raccomandata, il ritardo nel pagamento del premio di assicurazione scaduto, non appena ne abbia conoscenza, nonché l'eventuale mancata proroga del contratto alla scadenza naturale di questo, fermo restando che il mancato pagamento del premio comporterà comunque sospensione della garanzia ai sensi di legge.

Resta inteso che l'Impresa potrà dare regolare disdetta della polizza da inoltrarsi al Contraente/Assicurato ai sensi di polizza e da comunicarsi contestualmente all'Ente vincolatario con lettera raccomandata. Resta inoltre inteso che, in caso di danni al veicolo assicurato riconducibili alle garanzie prestate, l'indennizzo da liquidarsi ai sensi di polizza verrà, a norma dell'art. 1891 secondo comma del Codice Civile, corrisposto all'Ente vincolatario nella sua qualità di proprietario di detto veicolo, e che pertanto da essa verrà sottoscritta la relativa quietanza liberatoria. **Il Contraente/Assicurato rinuncia ad avvalersi della facoltà di disdire il contratto fino alla data di scadenza del leasing indicata nella Scheda di polizza/ Modulo di Adesione, salvo che l'Impresa non riceva autorizzazione in tal senso dall'Ente vincolatario.**

In caso di estinzione anticipata del contratto di leasing, indipendentemente dalla causa che l'ha determinata, la copertura assicurativa si estingue contestualmente e l'Assicurato ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (salvo quanto indicato al capoverso successivo).

Qualora il veicolo assicurato sia oggetto di danno totale o parziale, all'Assicurato spetta la restituzione del premio pagato e non goduto relativo alle eventuali annualità successive a quella nel corso della quale si è verificato il sinistro accertato dall'Impresa. Resta salva la facoltà dell'Assicurato di richiedere la prosecuzione della copertura assicurativa fino alla naturale scadenza della polizza.

b) per veicoli venduti ratealmente con ipoteca legale o con patto di riservato dominio a favore dell'Ente finanziatore.

La presente polizza è vincolata sino alla data indicata sulla Scheda di polizza/ Modulo di Adesione e pertanto l'Impresa si obbliga per la durata della polizza, indipendentemente dalle risultanze al P.R.A. a:

- comunicare all'Ente finanziatore ogni sinistro in cui sia stato coinvolto il veicolo indicato in polizza entro 15 giorni dalla ricezione della relativa denuncia;
- comunicare all'Ente finanziatore, con lettera raccomandata, qualsiasi ritardo nel pagamento del premio di assicurazione scaduto, non appena ne abbia conoscenza, nonché l'eventuale mancata proroga del contratto alla scadenza naturale di questo;
- non pagare, in caso di danni al veicolo assicurato riconducibili alle garanzie prestate, l'indennizzo che fosse liquidato a termini di polizza senza il consenso scritto dell'Ente finanziatore e, sino alla concorrenza del suo credito rateale, versare a quest'ultimo l'indennità liquidata contro quietanza liberatoria al cui rilascio l'Ente finanziatore è fin d'ora autorizzato dal Contraente/Assicurato.

Il Contraente/Assicurato rinuncia ad avvalersi della facoltà di disdire il contratto fino alla data di scadenza del vincolo indicata nel Modulo di Adesione, salvo che l'Impresa non riceva autorizzazione in tal senso dall'Ente finanziatore.

Art. 18 – FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto, l'Autorità Giudiziaria competente è quella del luogo di residenza o Sede Legale dell'Assicurato, in alternativa saranno osservate le norme previste dal Codice di Procedura Civile.

Art. 18 Bis – 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. 19 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Scheda di polizza è il documento che attesta le condizioni normative tra Impresa e Contraente.

Il Modulo di Adesione **è il documento che** attesta l'inclusione dell'Assicurato nella copertura assicurativa.

Le comunicazioni che il Contraente intende effettuare durante il corso del contratto assicurativo devono essere fatte con lettera raccomandata A/R o con posta elettronica certificata (PEC: **nobisassicurazioni@pec.it**) indirizzate all'Impresa.

Art. 19 Bis – PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

Art. 20 – CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione della presente polizza il Contraente/Assicurato conferisce mandato alla società di brokeraggio Global Safe S.r.l. (di seguito il "Broker"), di rappresentarlo ai fini della presente polizza. Pertanto:

- Ogni comunicazione effettuata al Broker dall'Impresa si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato.
- Ogni comunicazione effettuata dal Broker all'Impresa si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato.

Art. 20 BIS – SANCTION CLAUSE

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è composta da due capitoli (Infortunio del conducente e Tutela Legale) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione, incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – INFORTUNIO DEL CONDUCENTE

La garanzia Infortunio del Conducente comprende la fornitura di tre prestazioni assicurative: Morte da Infortunio (nel limite della somma assicurata di €. 75.000,00), Invalidità Permanente (nel limite della somma assicurata di €. 75.000,00) e Rimborso delle Spese Mediche (nel limite di €. 3.000,00 per sinistro e per anno). La garanzia è operante da quando l'Assicurato sale a bordo del Veicolo sino a quando discende dallo stesso.

Art. 21 – MORTE PER INFORTUNIO E INVALIDITÀ PERMANENTE

L'Impresa, nel limite della somma assicurata di €. 75.000,00 quale capitale assicurato per l'Invalidità permanente, assicura il Legittimo Conducente per gli infortuni subiti (nel corso del periodo di validità della polizza) in occasione della guida del Veicolo identificato sul Modulo di Adesione, che abbiano comportato la morte o un'invalidità permanente.

Morte per infortunio: qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'Impresa corrisponderà la somma assicurata (€. 75.000,00) ai beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'Assicurato decede entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), l'Impresa corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario. Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, l'Impresa liquida il capitale assicurato dopo 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 cod. civ. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, l'Impresa ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Invalidità permanente: L'indennità per invalidità permanente parziale verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità, facendo riferimento ai criteri e valori sottoelencati:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, l'Impresa corrisponde la Somma Assicurata (€. 75.000,00);
- se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che verrà accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni (Tabella ANIA):

Descrizione	Percentuale
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	des sin
- un arto superiore.....	70% 60%
- una mano o un avambraccio.....	60% 50%
- un pollice.....	18% 16%
- un indice.....	14% 12%
- un medio.....	8% 6%
- un anulare.....	8% 6%
- un mignolo.....	12% 10%
- una falange ungueale del pollice.....	9% 8%
- una falange di altro dito della mano.....	1/3 del dito
- anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola.....	25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera.....	20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera.....	10%
- paralisi completa del nervo radiale.....	35%
- paralisi completa del nervo ulnare.....	20%
Amputazione di un arto inferiore:	
- al disopra della metà della coscia.....	70%
- al disotto della metà della coscia ma al disopra del ginocchio.....	60%
- al disotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba.....	50%
Amputazione di un piede.....	40%
Amputazione di ambedue i piedi.....	100%
Amputazione di un alluce.....	5%
Amputazione di un altro dito del piede.....	1%
Amputazione della falange ungueale dell'alluce.....	2,5%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio.....	25%
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi.....	100%
Sordità completa di un orecchio.....	10%
Sordità completa di entrambe le orecchie.....	40%
Stenosi nasale assoluta monolaterale.....	4%
Stenosi nasale assoluta bilaterale.....	10%
Esiti di frattura amielico somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale.....	12%
- una vertebra dorsale.....	5%
- 12° dorsale.....	10%
- una vertebra lombare.....	10%
Esiti di frattura di un metameri sacrale.....	3%
Esiti di frattura di un metameri coccigeo con callo deforme.....	5%
Perdita anatomica di un rene.....	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica.....	8%
Esiti di frattura scomposta di una costa.....	1%
Perdita totale della voce.....	30%
ernia addominale da sforzo ed ernie traumatiche solo nel caso in cui non siano operabili.....	Max 10%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole.....	35%
anchilosi del ginocchio in estensione.....	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragalica.....	15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno.....	15%

Con riferimento alla menomazione degli arti superiori, le percentuali di invalidità indicate nella suddetta tabella esplicativa si riferiscono alle persone destrimane. Per le persone mancine, la colonna con la percentuale di danno maggiore si applica agli arti superiori sinistri.

Per gli infortuni non rientranti nella tabella che precede, troverà applicazione la Tabella ANIA.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Franchigie e Limiti:

Ricevuta la documentazione necessaria e valutato il danno, l'Impresa effettua il pagamento dell'indennità tenendo conto della franchigia assoluta del 3%.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60%, l'Impresa riconoscerà l'intera somma assicurata.

Sono pagate le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, non rientrano nella valutazione del danno gli aggravamenti delle condizioni fisiche e patologiche che l'infortunio può aver generato, né il maggior effetto che tali condizioni possono causare alle lesioni prodotte dall'infortunio, in quanto conseguenze indirette e, quindi, non indennizzabili.

Se l'Assicurato, al momento dell'infortunio, non è fisicamente sano ed integro, vengono pagate soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana ed integra.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella tabella di cui sopra per la valutazione del grado di invalidità permanente sono diminuite tenendo conto dell'invalidità preesistente.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di uno o più organi o arti, l'indennità è definita sommando le singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, viene considerata invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. Nel caso di perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice, l'indennità è pari alla metà e per la falange di qualsiasi altro dito, pari ad un terzo della percentuale stabilita per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita in riferimento alle percentuali ed ai criteri indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione del Conducente.

Art. 22 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

L'Impresa, inoltre, nel limite di € 3.000,00 per sinistro e per anno assicurativo e con l'applicazione di una franchigia relativa di € 100,00, garantisce, in caso di infortunio indennizzabile e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute entro 200 giorni successivi dall'infortunio:

- Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- per il trasporto dell'Assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato;
- per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
- per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
- per il rientro al domicilio al momento della dimissione.
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

- Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

- Cure e protesi dentarie da infortunio:

- cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
- protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", l'Impresa rimborserà le spese non riconosciute dal predetto Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale. Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

NORME COMUNI AL CAPITOLO 1 – INFORTUNIO DEL CONDUCENTE

Art. 23 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., siero-positività da H.I.V., da Parkinson, da Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, forme maniaco-depressive, disturbi schizofrenici, stati o disturbi paranoidi. L'assicurazione cessa dal momento in cui si è manifestata una delle predette alterazioni patologiche e l'Impresa si impegna a rimborsare all'Assicurato la parte di premio, al netto delle imposte dovute per legge, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 24 – ESTENSIONI DI GARANZIA

La garanzia Infortunio del Conducente comprende:

- l'asfissia non dipendente da malattia;
- l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente. La garanzia relativamente alle ernie addominali da sforzo opera con una carenza di 180 giorni dalla data di effetto. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con l'Impresa, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora, per le sole somme e le sole prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente, per data di effetto si intende il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita;
- le ernie traumatiche non operabili (in ogni caso comunque escluse quelle discali), limitatamente al solo caso di invalidità permanente.

Art. 25 – ESCLUSIONI

La garanzia Infortunio del Conducente non è operante per:

- 1) gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;
- 2) gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dal Legittimo Conducente. Sono esclusi anche quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato o del Legittimo Conducente;
- 3) gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;
- 4) gli infortuni subiti in volo su mezzi di locomozione aerei, salvo quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei su regolari voli di linea;
- 5) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche del Legittimo Conducente;
- 6) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se il Legittimo Conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore.
- 7) gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari, salvo che per coloro che svolgono esclusivamente compiti amministrativi e d'ufficio in Italia;
- 8) gli infortuni subiti sul lavoro: in cave (anche a cielo aperto) o in miniere;
- 9) gli infortuni subiti per le professioni circensi, acrobata, stunt-man o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplodenti;
- 10) gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- 11) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- 12) le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione;
- 13) le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata 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/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche.
- 14) gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.

Inoltre, la garanzia Infortunio del Conducente non è operante:

- 15) se il Legittimo Conducente non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 16) per gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose, provocazioni, imprese temerarie, nonché durante la partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove;
- 17) per le persone affette da apoplezia, epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo o da qualsiasi infermità o menomazioni gravi permanenti;
- 18) a seguito di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni e qualsiasi altra calamità naturale, sia essa dichiarata o meno;

Non rientrano nella valutazione del danno gli aggravamenti delle condizioni fisiche e patologiche che l'infortunio può aver generato, né il maggior effetto che tali condizioni possono causare alle lesioni prodotte dall'infortunio, in quanto conseguenze indirette e, quindi, non indennizzabili.

Art. 26 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

L'Impresa indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se, al momento dell'infortunio, 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. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Resta inteso che, qualora al momento del sinistro l'Assicurato risulti avere un'età pari o superiore ai 75 anni, sarà applicato uno scoperto del 50% sull'importo liquidabile.

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti

gli accertamenti del caso, l'Impresa provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Il pagamento da parte dell'Impresa all'Assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Art. 27 – INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI E DI LEGGE

La garanzia Infortuni del Conducente è stipulata fra le Parti in aggiunta e, in ogni caso, indipendentemente da qualsivoglia obbligo assicurativo stabilito da leggi presenti e future.

Art. 28 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa rinuncia all'esercizio dell'azione di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del sinistro.

Art. 29 – RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE SUL GRADO DI INVALIDITÀ

Premesso che l'Impresa si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno, **una volta accertato il diritto dell'Assicurato di percepire l'indennizzo contrattualmente previsto**, viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

CAPITOLO 2 - TUTELA LEGALE

Art. 30 – OGGETTO DELLA GARANZIA TUTELA LEGALE

L'Impresa assume a proprio carico l'onere dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che l'Assicurato dovesse sostenere a seguito di un sinistro rientrante nella copertura assicurativa e verificatosi durante la circolazione del veicolo.

La copertura assicurativa s'intende comunque operante entro il limite di euro 50.000,00 per sinistro.

L'assicurazione, pertanto, è prestata per le spese, competenze ed onorari dei professionisti liberamente scelti dall'Assicurato per:

- a) L'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, compreso il procedimento di mediazione ai sensi del D.Lgs. n. 28/2010 o di negoziazione assistita prevista dal D.Lgs. n. 162/2014;
- b) Il Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU), nella misura delle somme liquidate dal Giudice, e il Consulente Tecnico di Parte (CTP);
- c) Un legale e/o perito di controparte, in caso di soccombenza dell'Assicurato con condanna alle spese, **nella misura liquidata dal Giudice;**
- d) di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- e) di indagini per la ricerca di prove a difesa, nei procedimenti penali;
- f) per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- g) per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'Assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli Organismi di Mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli Organismi pubblici;
- h) per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima. Inoltre, in caso di arresto, minaccia di arresto o di procedimento penale all'estero, in uno dei Paesi ove la garanzia è operante, l'Impresa assicura le spese per l'assistenza di un interprete e le spese relative a traduzioni di verbali o atti del procedimento;
- i) Gli arbitrati rituali e/o irrituali, compreso l'arbitrato e azioni legali nei confronti di compagnie di assicurazione (escluso Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.), atte a riconoscere il diritto dell'Assicurato al risarcimento e/o quantificazione dello stesso, **per un valore di lite non inferiore ad Euro 1.000,00;**
- j) Le transazioni preventivamente autorizzate dall'Impresa;
- k) La formulazione di ricorsi ed istanze da presentarsi alle Autorità competenti;
- l) L'intervento di un avvocato domiciliatario – **per giudizi civili di valore superiore a Euro 5.000,00** – nel caso in cui il legale prescelto dall'Assicurato nella propria città di residenza non abbia studio nel luogo ove ha sede l'Autorità giudiziaria competente e, pertanto, debba farsi rappresentare da altro professionista; in tal caso l'Impresa corrisponderà a quest'ultimo i diritti di domiciliazione. **Restano espressamente esclusi gli oneri per la trattazione extragiudiziale e le spese di trasferta del legale di fiducia dell'Assicurato.**

Art. 31 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia:

- a) Il pagamento di multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- b) Gli oneri fiscali;
- c) Le spese, competenze ed onorari attinenti a controversie di recupero del credito, intendendo per tali sia le ipotesi in cui l'Assicurato rivesta la qualifica di creditore sia l'ipotesi in cui sia soggetto passivo della controversia (debitore);
- d) Le spese, competenze ed onorari per controversie in materia amministrativa, fiscale e tributaria;
- e) Le spese, competenze ed onorari per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
- f) Le spese, competenze ed onorari per controversie relative a successioni e/o donazioni;
- g) Le spese, competenze ed onorari per controversie derivanti da compravendita e/o permuta di immobili, terreni e beni mobili registrati;
- h) Le spese, competenze ed onorari per controversie derivanti da contratti di locazione;
- i) Le spese per controversie nei confronti di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;
- j) Le spese per controversie tra assicurati (più persone assicurate nell'ambito dello stesso contratto);
- k) Le tasse di registro.

L'Impresa non assume a proprio carico il pagamento degli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza, fatta eccezione per l'IVA sulle parcelle dei professionisti incaricati purché l'Assicurato non abbia la possibilità di detrarre tale imposta.

La garanzia è, inoltre, esclusa:

- per controversie e procedimenti penali derivanti dalla proprietà o guida di mezzi nautici a motore e aerei a motore;
- se il Legittimo Conducente non è in possesso dei requisiti o non è abilitato alla guida secondo la normativa vigente, oppure guida il veicolo con patente non regolare o diversa da quella prescritta o non ottempera agli obblighi stabiliti in patente; se tuttavia il Legittimo Conducente non ha ancora ottenuto la patente, pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida, o è munito di patente scaduta, ma ottenga il rilascio o il rinnovo della stessa entro i 60 giorni successivi al sinistro, la garanzia diventa operante;
- se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione;
- controversie con la Contraente.

Art. 32 – RISCHI ASSICURATI

Con riferimento all'art. 30 delle condizioni di assicurazione, la garanzia riguarda esclusivamente i sinistri concernenti il veicolo o la persona indicata sul Modulo di Adesione e verificatesi durante la circolazione.

Sono assicurati il proprietario del veicolo ovvero il locatario del medesimo ovvero la persona indicata sul Modulo di Adesione ovvero, ancora, il conducente regolarmente autorizzato ed i trasportati, in relazione agli eventi connessi al veicolo identificato sul Modulo di Adesione.

La garanzia è operante nei seguenti casi:

1. Arbitrato e azioni legali nei confronti di compagnie di assicurazioni (escluso Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.) relativamente a controversie inerenti richieste di indennizzo o di risarcimento danni.
Sono inoltre comprese le spese sostenute in ambito stragiudiziale, fino alla concorrenza di Euro 500,00 per evento, anche nei confronti della propria Compagnia di Responsabilità Civile Auto in merito all'applicazione della Convenzione CARD (Convenzione tra gli Assicuratori per il Risarcimento Diretto). Ai sensi degli artt.148 e 149 del Codice delle Assicurazioni Private le spese in ambito stragiudiziale sono garantite nei seguenti casi:
 - I. Inosservanza dei termini previsti per la formulazione dell'offerta;
 - II. Mancata comunicazione o diniego di offerta;
 - III. Mancato accordo tra le Parti.
2. Danni subiti dal veicolo, dal proprietario, dal conducente regolarmente autorizzato e/o dai trasportati per fatti illeciti posti in essere da altri soggetti in occasione dell'uso del veicolo;
3. Danni cagionati dal proprietario o dal conducente autorizzato, a trasportati ovvero ad altri soggetti in conseguenza dell'uso del veicolo;
4. Difesa penale del proprietario, conducente autorizzato e trasportati per reato colposo o contravvenzione avvenuti in conseguenza dell'uso del veicolo (sono compresi i procedimenti per i reati previsti agli artt. 589-bis - Omicidio stradale e 590-bis - Lesioni personali stradali gravi e gravissime del Codice Penale);
5. Istanza di dissequestro del veicolo in caso di sequestro avvenuto in conseguenza di incidente della circolazione;
6. Istanza di modifica del provvedimento di sospensione della patente in conseguenza di incidente della circolazione.

Art. 33 – RISCHI ESCLUSI

Ad integrazione dell'art. 31 delle condizioni di assicurazione la garanzia non è operante nei seguenti casi:

1. Dolo dell'Assicurato;
2. Se il veicolo indicato sul Modulo di adesione non è coperto da assicurazione obbligatoria di responsabilità civile da circolazione (RCA);
3. Nel caso di trasporto di persone, qualora questo non avvenga in conformità a quanto previsto dalla carta di circolazione ovvero da ogni altra disposizione vigente in materia di trasporto;
4. Violazione dell'art. 186 (guida sotto l'influenza dell'alcool), art. 186-bis (guida sotto l'influenza dell'alcool per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose), art. 187 (guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti) e art. 189 (comportamento in caso di incidente) del C.d.S., salvo sentenza di assoluzione con formula piena;
5. In relazione a fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette esclusivamente dall'A.C.I.;
6. Per le controversie di natura contrattuale nei confronti dell'assicuratore RCA del veicolo indicato sul Modulo di adesione;
7. Nel caso in cui la compagnia di RCA agisca nei modi e nei termini previsti dagli artt.148 e 149 del Codice delle Assicurazioni Private.

Art. 34 – COESISTENZA CON ASSICURAZIONI DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Limitatamente al caso in cui l'Assicurato debba rispondere per danni arrecati a Terzi o sia convenuto in giudizio in sede civile, l'assistenza legale viene prestata dalla Compagnia di assicurazione che presta la copertura per la Responsabilità Civile per spese di resistenza e di soccombenza, ai sensi dell'art. 1917, terzo comma del Codice Civile.

Pertanto, l'Impresa non sarà tenuta ad alcun intervento se non ad integrazione e dopo esaurimento di quanto dovuto dalla Compagnia di assicurazione che presta la copertura per la Responsabilità Civile. In mancanza di copertura per responsabilità civile con altra compagnia, la polizza opera a primo rischio, nei limiti del massimale stabilito.

Resta inteso che la presente garanzia non è operante se il mancato intervento della Compagnia di assicurazione che presta la copertura per la Responsabilità Civile è conseguenza di inadempimento dell'Assicurato in materia di denuncia del sinistro, pagamento e/o regolazione premio, nonché per azioni di rivalsa esercitate da detta Compagnia nei confronti dell'Assicurato.

Art. 35 – INSORGENZA DEL SINISTRO – DECORRENZA DELLA GARANZIA

Ai fini dell'operatività della garanzia, il momento di insorgenza del sinistro deve essere inteso così come appresso:

- a. In ambito penale: giorno di commissione del reato;
- b. In ambito civile contrattuale: momento in cui una delle parti ha posto in essere il primo comportamento non conforme ai patti contrattuali;
- c. In ambito civile extracontrattuale: giorno in cui si verifica l'evento dannoso;

La garanzia decorre:

- a. In ambito penale: dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza della polizza;
- b. In ambito civile contrattuale: al termine di un periodo di carenza pari a novanta giorni;
- c. In ambito civile extracontrattuale: dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza della polizza.

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro. In caso di imputazioni e/o procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento o fatto nei quali siano coinvolti uno o più assicurati, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Garanzia postuma: la garanzia è operante per sinistri insorti nel periodo di assicurazione purché sia stato dato all'Impresa l'avviso di sinistro entro 12 mesi successivi alla risoluzione del contratto.

Art. 36 – SCELTA DEL LEGALE E GESTIONE DEL SINISTRO

L'assicurato, dopo aver denunciato all'Impresa il sinistro, segnala per la tutela dei suoi interessi un Legale da lui scelto tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha la residenza, ovvero hanno sede gli uffici giudiziari competenti, segnalandone il nominativo all'Impresa.

Successivamente l'Impresa comunicherà il proprio benestare e l'Assicurato procederà con la nomina del Legale. La procura al Legale designato dovrà essere rilasciata dall'Assicurato, il quale fornirà altresì la documentazione necessaria, regolarizzandola a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore.

L'Impresa assume a proprio carico le relative spese fino alla concorrenza del massimale assicurato e nei limiti delle condizioni previste dalla presente polizza, secondo tabelle professionali determinate ai sensi del Decreto Ministeriale n. 55/2014 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti in genere viene concordata con l'Impresa.

L'Impresa non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.

L'assicurato non può dare corso ad azioni di natura giudiziaria, raggiungere accordi o transazioni in sede stragiudiziale o in corso di causa senza il preventivo benestare dell'Impresa (che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta) pena il rimborso delle spese da questa sostenute e l'obbligo di restituire quelle eventualmente anticipate dall'Impresa. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benestare.

L'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, al Legale da lui prescelto tutti gli atti giudiziari e la documentazione necessaria - relativi al sinistro - regolarizzati a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore. Copia di tale documentazione e di tutti gli atti giudiziari predisposti dal Legale devono essere trasmessi all'Impresa.

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e l'Impresa in merito alla gestione dei sinistri, la decisione potrà essere demandata ad un Arbitro nominato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

Art. 37 – RESPONSABILITÀ PRE-CONTRATTUALI

Ai sensi dell'art. 1375 del Codice Civile, le Parti, nello svolgimento delle trattative e nella formazione del contratto, devono comportarsi secondo buona fede.

Art. 38 – ANTICIPO INDENNIZZI

L'Impresa riconoscerà per ciascun sinistro il pagamento di un eventuale anticipo spese, richiesto, tramite regolare parcella, dal legale nominato dall'Assicurato. Tale anticipo potrà essere erogato nei limiti del massimale stabilito, fermo restando che tale importo sarà dovuto solo per sinistri rientranti in garanzia. Per effetto di tali eventuali erogazioni, il massimale assicurato verrà proporzionalmente diminuito in misura corrispondente all'entità dell'anticipo riconosciuto.

Art. 39 – RECUPERO DI SOMME

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti e, in genere, le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi. Spettano all'Impresa, che li ha sostenuti ed anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziale ovvero concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Art. 40 – VERIFICHE E CONTROLLI

L'Impresa ha il diritto di effettuare verifiche e controlli inerenti alla vicenda sottesa al sinistro, in merito ai quali l'Assicurato è tenuto a fornire ogni informazione richiesta e la documentazione necessaria, nessuna eccettuata (quale, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, il libro paga prescritto dall'art. 20 DPR 30.6.65 n. 1124, il registro delle fatture ovvero quello dei corrispettivi).

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 41 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro **"Infortunio del Conducente"**, l'Assicurato deve darne avviso scritto a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (Via Lanzo, 29 10071 Borgaro Torinese - Torino, Fax 011 4518743, E-mail: sinistri@nobis.it) entro 5 giorni dall'evento oppure immediatamente da quando ne ha avuto conoscenza, indicando la data, il luogo, l'ora e le modalità del fatto nonché l'entità dello stesso, il nome ed il domicilio degli eventuali testimoni.

La denuncia di infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dev'essere documentato con invio all'Impresa di ulteriori certificati medici.

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 dispensando 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.

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.

Ai fini della definizione del sinistro, l'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta dell'Impresa, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma di legge.

Per la garanzia **"Invalidità permanente"** alla denuncia deve far seguito la seguente documentazione:

- certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'infortunio;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;
- copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Per la garanzia **"Rimborso spese di cura"**, l'Impresa provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione, a cura ultimata, della seguente documentazione:

- intervento chirurgico, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;
- accertamenti diagnostici ambulatoriali e altre prestazioni sanitarie, alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

Qualora il debito per spese mediche dell'Assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, l'Impresa pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'Assicurato, dedotte le franchigie pattuite. L'Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. L'Impresa si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Per la sola garanzia **"Tutela Legale"**, l'Assicurato dovrà trasmettere all'Impresa la documentazione idonea **entro e non oltre 30 giorni dalla data del sinistro o dell'avvenuta conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla garanzia, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. Unitamente alla denuncia, l'Assicurato è tenuto a fornire all'Impresa tutti gli atti ed i documenti occorrenti, una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, nonché tutti gli altri elementi necessari, compreso – in caso di incarico ad un proprio legale di fiducia – preventivo di spesa da quest'ultimo redatto.**

In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere all'Impresa, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro al seguente indirizzo:

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
Ufficio Tutela Legale
20864 Agrate Brianza (MB)

Contattando il numero **039.9890.001 ovvero il numero verde 800.894.137** o via posta elettronica all'indirizzo e-mail: tutela@nobis.it.

L'Assicurato dovrà in ogni caso comunicare con precisione:

1. cognome e nome;
2. numero di polizza;
3. motivo della chiamata;
4. indirizzo;
5. recapito telefonico.

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)

PEC: ivass@pec.ivass.it

Gestione dei rapporti assicurativi via web

Il Contraente e/o l'Assicurato 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 039-9890714.

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.

Si ricorda 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 caso di sinistro, oltre alla documentazione prescritta dal contratto di assicurazione, l'Assicurato dovrà comunicare all'Impresa anche gli estremi del conto corrente sul quale verrà accreditato 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. 1260 – Cessione del credito:

Il creditore può trasferire a titolo oneroso o gratuito il suo credito, anche senza il consenso del debitore, purché il credito non abbia carattere strettamente personale o il trasferimento non sia vietato dalla legge.

Le parti possono escludere la cedibilità del credito, ma il patto non è opponibile al cessionario, se non si prova che egli lo conosceva al tempo della cessione.

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. 1907 – Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 – Criteri di redazione

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

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

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

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

1. Titolare del trattamento

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Viale Colleoni n. 21 - 20864 - Agrate Brianza (MB).

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*);

4. Modalità di trattamento

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

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

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

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

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

5. Profilazione

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

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

8. Diritti dell'interessato

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

Notes



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e 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 settembre 2025