



PERSONA OK

MODELLO 73 PERSONA OK-2025.001 - EDIZIONE 01.01.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER INFORTUNI

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale



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

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

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



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



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Persona OK



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

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete, relative al prodotto, sono fornite nel Set informativo e negli specifici Allegati.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il contratto di assicurazione opera a tutela dell'Assicurato nei confronti degli infortuni che subisce nello svolgimento di ogni normale attività che egli compie senza carattere di professionalità.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ **CAPITOLO INFORTUNI** (Prestazioni sempre operanti)

Rischio assicurato

Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi derivanti da:

- imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati a condizione che le persone assicurate non vi abbiano prese parte attiva;

subiti per:

- aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;

sofferti in:

- stato di malore o incoscienza;

dovuti a:

- asfissia o soffocamento non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- lesioni provocate da improvviso contatto con corrosivi;
- morsi di animali, punture di insetti o di aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti sia portatori necessari;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche.

Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aerei turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati.

Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Ernie traumatiche e da sforzo

A parziale deroga dell'Art. 16 "Esclusioni relative al capitolo Infortuni" delle presenti Condizioni di Assicurazione, la garanzia si intende estesa alle lesioni muscolari da sforzo e alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente alla invalidità permanente e alla diaria giornaliera, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa è operante dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per la diaria senza ricovero se prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata, risultante dalla Scheda di polizza, per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga, contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico.

Qualora per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza sostituzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre: dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa prevista; dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

Morte presunta

In caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro 365 giorni, cioè un anno, dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, l'Impresa corrisponderà la somma prevista per il caso di morte riportata nella Scheda di polizza.

Rischio di guerra

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio, degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Spese di rimpatrio

Qualora dall'infortunio derivi una invalidità permanente, indennizzabile a termini di polizza, superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda un immediato rimpatrio con il mezzo di trasporto più idoneo, l'Impresa

provvederà a rimborsare le spese sostenute, fino alla concorrenza di euro 1.500,00 su presentazione di regolare documentazione.

Indennità per perdita anno scolastico

Qualora in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo Studente Assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e se, in conseguenza dell'infortunio stesso, si sia trovato nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, l'Impresa corrisponderà l'1% del capitale per lui assicurato per il caso di invalidità permanente.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato soltanto previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza della predetta assenza.

Danno estetico

In caso di infortunio che comporti, oltre che l'indennizzo a titolo di invalidità permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, l'Impresa rimborserà un ulteriore importo massimo di euro 3.000,00 per le spese, documentate, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

PRESTAZIONI DELLA COPERTURA

Morte (Prestazione obbligatoria, sempre operante)

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza entro due anni dalla data dell'infortunio, l'Impresa corrisponde la somma assicurata stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione caso morte ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Invalidità permanente (Prestazione obbligatoria, sempre operante)

Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, l'Impresa corrisponde la somma assicurata stabilita in polizza per la prestazione invalidità permanente.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate dalla presente copertura, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di minorazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso di distorsione al ginocchio od alla caviglia senza riscontro radiografico di ulteriori fatti lesivi non si procederà ad alcun indennizzo considerando pari a 0% l'invalidità permanente che ne consegue;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella presente copertura e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella presente copertura e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine

al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

Maggiorazione per il caso di invalidità permanente (Prestazione sempre operante)

L'invalidità permanente accertata in base alle condizioni tutte di polizza, di grado o superiore al 65% (sessantacinque per cento) è considerata invalidità permanente totale.

Rimborso spese mediche (Prestazione obbligatoria, sempre operante)

L'impresa rimborsa all'Assicurato sino a concorrenza del 3% della somma assicurata per invalidità permanente e comunque sino ad un massimo di euro 5.000,00 per periodo assicurativo, le spese sostenute per: onorari dei medici, dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti; diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio); terapie fisiche e medicinali (queste ultime entro il limite del 20% della somma assicurata); rette di degenza in Istituto di cura pubblico o privato; trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza.

Il rimborso è condizionato alla presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per le spese sopraindicate entro 30 giorni dal termine delle cure mediche.

Diaria da ricovero o gessatura (Prestazione facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio)

L'impresa, in caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato la diaria stabilita nella Scheda di polizza per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni per evento e per anno assicurativo.

Resta inteso che la medesima diaria giornaliera viene indennizzata anche in caso di Day hospital o Day surgery.

Se in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata "gessatura" l'impresa si obbliga a corrispondere all'Assicurato il 50% della suddetta diaria dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura se vi è stato "ricovero" oppure dal giorno dell'applicazione della "gessatura" se non vi è stato "ricovero" fino alla sua rimozione, e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per evento e 100 giorni per periodo assicurativo.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero e/o "gessatura".

L'indennizzo per la diaria da ricovero o gessatura è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Non sono assicurabili i soggetti che soffrono di: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti che non sono persone Fisiche e/o persone Fisiche che non siano residenti in Italia;
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti che al momento della stipulazione della polizza abbiano un'età pari o superiore ai 75 anni di età.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

! ESCLUSIONI GENERALI RELATIVE AL CAPITOLO INFORTUNI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale;
- b) cagionati da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- c) cagionati dall'intervento, comunque inteso, delle Forze Armate dello Stato;
- d) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- e) dalla guida:
 - o di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - o di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - o di natanti a motore per uso non privato;
- f) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- g) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente Art. 14 lettera B "Rischio Volo" delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- h) dalla pratica delle seguenti attività o dei seguenti sport: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, tiro con l'arco, attività ciclistiche riconducibili alle fattispecie Downhill, ciclocross, BMX e Trial, speleologia, sci fuori pista, sci alpinismo, sci freestyle, sci nautico, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua, rafting, canyoning, kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, parapendio o sport aerei in genere, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, boxe, football americano, beach soccer, snowboard, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante, attività equestri, karting, moto d'acqua, guidoslitte e motoslitte, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m, caccia, tiro con fucili;
- i) dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- l) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- m) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- n) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- o) da guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezioni e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- p) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- q) gli infarti, in ogni caso, e le ernie, fatta eccezione, per queste ultime - di

quanto previsto dall'Art. 14 lettera C "Ernie traumatiche e da sforzo" delle presenti Condizioni di Assicurazione;

- r) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

! ESCLUSIONI SPECIFICHE VALIDE PER LA PRESTAZIONE RISCHIO VOLO

Non sono compresi gli infortuni subiti, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri esercitati:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La garanzia di cui al presente articolo non è validata nel caso di polizza con durata inferiore a 365 giorni, cioè un anno.

! ESCLUSIONI SPECIFICHE VALIDE PER LA PRESTAZIONE RISCHIO DI GUERRA

Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Si intendono tuttavia esclusi i rischi atomici di cui all'Art. 16 "Esclusioni relative al capitolo Infortuni" lettera p), ed il "Rischio Volo" di cui all'Art. 14 "Oggetto della garanzia" lettera B delle presenti Condizioni di assicurazione.

! ESCLUSIONI SPECIFICHE VALIDE PER LA PRESTAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Resta ferma l'esclusione "tickets" per prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

! ESCLUSIONI SPECIFICHE VALIDE PER LA PRESTAZIONE DIARIA DA RICOVERO O GESSATURA

La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione che ha comportato l'applicazione della "gessatura" riguardi singole dita dei piedi e delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.

! LIMITE DI INDENNIZZO PER MINORI DI ANNI 14

In caso di infortunio che colpisca una persona assicurata di età inferiore ai 14 anni, la somma da liquidare sarà:

- per il caso di morte, il 50% di quella contrattualmente stabilita per lo stesso caso;
- per il caso di invalidità permanente, quella contrattualmente stabilita per lo stesso caso, più il 50% della somma stabilita contrattualmente per il caso di morte.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero le somme assicurate, esse verranno proporzionalmente ridotte.

! LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRI CATASTROFICI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico dell'impresa, non potrà comunque superare l'importo di euro 1.000.000.

Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

! LIMITE DIARIA GIORNALIERA

La diaria giornaliera, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno del rientro in Europa dell'Assicurato.



DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.



CHE OBBLIGHI HO?

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

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

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

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti con la presente polizza.

Non sono comprese in questo obbligo, le assicurazioni collettive o di gruppo aventi per Contraente una persona diversa dall'Assicurato e dal Contraente di questa polizza ed assicuranti una pluralità di persone sconosciute dall'Assicurato (conti correnti bancari, carte di credito, assicurazioni minimali derivanti dall'iscrizione ad associazioni sportive, culturali e simili, ecc.). In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento del premio, che è determinato per periodi di assicurazione annuale.

Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa.

Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il premio è già comprensivo di imposte.

Il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi per il pagamento del premio:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordine di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati nel precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di importo massimo previsto dalle normative vigenti.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti.

Il contratto di assicurazione ha la durata annuale o poliennale (massimo 10 anni) risultante dalla Scheda di polizza e ed alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata A/R o p.e.c. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per 1 anno e così successivamente, fermo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

La possibilità di rinnovare tacitamente la copertura cessa automaticamente alla prima scadenza successiva al raggiungimento dei 75 anni di età.

Diversamente, se espressamente richiamato nella Scheda di polizza (durata senza tacito rinnovo), la stessa cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra, tramite raccomandata A/R o p.e.c.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte dell'Impresa ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

Resta inteso che, nel caso in cui il Contraente sottoscriva una durata poliennale, lo stesso potrà risolvere il contratto unicamente non prima del quinto anno.

L'Impresa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

ASSICURAZIONE MULTIRISCHI

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



Prodotto: Persona OK

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

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società

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

Esercizio 2023

Bilancio approvato il 22/04/2024

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

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

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

Prodotto



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle garanzie **Morte, Invalidità permanente, Rimborso spese mediche e Diaria da ricovero o gessatura** non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai massimali stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione o nella Scheda di Polizza e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

La presente copertura prevede l'obbligatorietà della selezione da parte dell'Assicurato delle garanzie: Morte, Invalidità permanente e Rimborso spese mediche. La selezione della garanzia Diaria da ricovero o gessatura è facoltativa.

Non sono previste opzioni che comportino una riduzione di premio.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Di seguito si riportano le franchigie/Limiti di indennizzo presenti nel prodotto Persona ok.

Infortunati

Ernie traumatiche o da sforzo: la prestazione opera entro il limite di indennizzo pari al 10% della somma assicurata.

Spese di rimpatrio: opera entro il limite di indennizzo pari a euro 1.500,00.

Danno estetico: opera entro il limite di indennizzo pari a euro 3.000,00.

Rimborso spese mediche: la prestazione opera entro il limite di indennizzo pari al 3% della somma assicurata e fino a euro 5.000.

Franchigia per invalidità permanente: opererà una franchigia pari al: 3% somma assicurata fino a 160.000 euro; 6% della somma assicurata per somma tra i 160.000 e i 260.000 euro; 9% della somma assicurata eccedente i 260.000 euro.

Sinistri catastrofici: opera entro il limite di indennizzo pari a euro 1.000.000,00.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto è rivolto a persone fisiche residenti in Italia, di età inferiore a 75 anni, che intendono assicurare sé stesse ed il proprio nucleo familiare, contro gli infortuni subiti nello svolgimento di ogni normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.



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 dall'Impresa.

Costi di intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 37,40%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile. - In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competenti per territorio dove deve riunirsi il Collegio Medico.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ramo 1 – Infortuni (garanzie Morte, Invalidità permanente, Rimborso spese mediche, Diaria da ricovero o gessatura): imposte sul premio pari al 2,50%; <p>Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono detraibili al 19 % nei seguenti casi e alle seguenti condizioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infortuni (Ramo 1 se il conducente è identificato in polizza): per rischio morte o invalidità permanente superiore al 5%, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti. • Infortuni (Ramo 1): per la tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL). <p>In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile.</p>
---	---

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
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	2
Art. 2 – Aggravamento del rischio.....	2
Art. 3 – Diminuzione del rischio.....	2
Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.....	2
Art. 5 – Durata del contratto – Tacito rinnovo.....	2
Art. 6 – Recesso in caso di sinistro.....	2
Art. 7 – Estensione territoriale.....	2
Art. 8 – Persone non assicurabili.....	2
Art. 8 Bis – limite di età.....	3
Art. 9 – Oneri fiscali.....	3
Art. 10 – Rinvio alle norme di legge.....	3
Art. 11 – Diritto di surrogazione.....	3
Art. 12 – Altre assicurazioni.....	3
Art. 13 – Modifiche del contratto di assicurazione.....	3
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL’ASSICURAZIONE	4
CAPITOLO 1 - INFORTUNI	4
Art. 14 – Oggetto della garanzia.....	4
Art. 15 – Prestazioni della copertura.....	5
Art. 16 – Esclusioni relative al capitolo infortuni.....	7
Art. 17 – Franchigia per invalidità permanente.....	8
Art. 18 – Somme assicurate e loro suddivisione.....	8
Art. 19 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici.....	8
Art. 20 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo.....	8
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	9
Art. 21 – Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato.....	9
Art. 22 – Criteri di indennizzabilità.....	9
Art. 23 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale.....	9
Art. 24 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione.....	9
APPENDICE NORMATIVA	11
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).....	13

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, con l'iniziale in maiuscolo, essi assumono il significato di seguito indicato.

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

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

Assistenza medica: L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.

Beneficiario: Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali l'Impresa deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

Contraente: La persona che stipula il contratto e paga il premio.

Data decorrenza copertura: Data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.

Day-hospital: Struttura sanitaria aventi posti letto per degenza diurna ad esclusione del pernottamento, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

Day-Surgery: la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche che siano:

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

Diaria: Indennità giornaliera prevista a seguito di determinati eventi inerenti l'infortunio.

Franchigia: La parte dell'indennizzo, espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.

Gessatura: Mezzo di contenzione costituito da fasce, docce o altri apparecchi che realizzino l'immobilizzazione della parte, confezionato anche con gesso, purché non suscettibile di rimozione da parte dell'Assicurato.

Impresa e/o Società: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Sede Legale: Via Lanzo 29 10071 Borgaro Torinese (TO)
Direzione: Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza (MB) - nobisassicurazioni@pec.it - www.nobis.it

Indennizzo: La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

Infortunio: Evento dovuto a causa accidentale e fortuita, violenta ed esterna che produce all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza una delle garanzie pattuite.

Intervento Chirurgico: Provvedimento terapeutico che viene attuato in maniera cruenta su tessuti viventi mediante uso di strumenti chirurgici, compresa la laserterapia e la criotecnica.

Invalidità permanente: La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura: Istituti universitari, ospedali pubblici, cliniche e case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, escluse comunque le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, le case di cura per convalescenza, lungo degenza o per soggiorni e le strutture per anziani.

Malformazione, difetto fisico: Alterazione organica congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

Massimale: La somma fino alla conoscenza della quale, per ciascun sinistro, per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare, l'Impresa presta le garanzie.

Modulo/Scheda di Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Nucleo familiare: Tutte le persone che compongono il nucleo familiare del Contraente quali risultano dallo stato di famiglia al momento del sinistro.

Periodo di assicurazione: Per i contratti di durata inferiore ai 365 giorni è pari alla durata stessa del contratto. Per i contratti di durata superiore ai 365 giorni, cioè ad un anno, è pari a 365 giorni, cioè ad un anno.

Premio: La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

Ricovero: La degenza, in istituto di cura, comportante il pernottamento in Istituto di Cura.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto: La parte dell'indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

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

Termini di Aspettativa - Carenza: Periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza assicurativa e l'inizio della garanzia, durante il quale la copertura assicurativa per la/le prestazione/i indicata/e si intende operante.

La carenza può essere operante anche come riduzione percentuale del rimborso spettante a termini di polizza.

Visita Specialistica: Visita effettuata da medico in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione PERSONA OK 2020-2025.001 – Ultimo aggiornamento 01/01/2025

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.

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. 2 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato e/o il Contraente devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 3 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato e/o del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24 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 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti. I premi devono essere pagati dal Contraente all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa.

Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale.

Il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi per il pagamento del premio:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordine di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati nel precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di importo massimo previsto dalle normative vigenti.

Art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO – TACITO RINNOVO

Il contratto di assicurazione ha la durata annuale o poliennale (massimo 10 anni) risultante dalla Scheda di polizza e alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata A/R o p.e.c. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per 1 anno e così successivamente, fermo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

Nel caso in cui il Contraente selezioni una durata poliennale verrà riconosciuta una scontistica nei primi cinque anni pari al 3%. La possibilità di rinnovare tacitamente la copertura cessa automaticamente alla prima scadenza successiva al raggiungimento dei limiti di età indicati all'art. 8 bis da parte dell'Assicurato.

Diversamente, se espressamente richiamato nella Scheda di polizza (durata senza tacito rinnovo), la stessa cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Art. 6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra, tramite raccomandata A/R o p.e.c.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte dell'Impresa ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

Resta inteso che, nel caso in cui il Contraente sottoscriva una durata poliennale, lo stesso potrà risolvere il contratto unicamente non prima del quinto anno.

L'Impresa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 7 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

La diaria giornaliera, al di fuori dell'Unione Europea, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno del rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 8 – PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che l'Impresa qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni di assicurazione.

Art. 8 Bis - LIMITE DI ETÀ

Sono assicurabili i soggetti che al momento della stipulazione della polizza non abbiano ancora compiuto i 75 anni di età. Resta inteso tra le Parti che, nel caso in cui l'Assicurato compia 75 anni di età in vigenza di copertura, la polizza rimarrà valida fino alla scadenza naturale dell'annualità assicurativa in corso, data in cui tale polizza non potrà più essere rinnovata.

Art. 9 - ONERI FISCALI

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

Art. 10 - 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. 11 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 12 - ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile, il Contraente/l'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti con la presente polizza.

Non sono comprese in questo obbligo, le assicurazioni collettive o di gruppo aventi per Contraente una persona diversa dall'Assicurato e dal Contraente di questa polizza ed assicuranti una pluralità di persone sconosciute dall'Assicurato (conti correnti bancari, carte di credito, assicurazioni minimali derivanti dall'iscrizione ad associazioni sportive, culturali e simili, ecc.). In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 13 - MODIFICHE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto di assicurazione devono essere provate per iscritto.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione si compone di un capitolo principale (*Infortuni*) che disciplina le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 - INFORTUNI

Art. 14 – OGGETTO DELLA GARANZIA

(Prestazioni sempre operanti)

A) Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi derivanti da:

- imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati a condizione che le persone assicurate non vi abbiano prese parte attiva;

subiti per:

- aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;

sofferiti in:

- stato di malore o incoscienza;

dovuti a:

- asfissia o soffocamento non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- lesioni provocate da improvviso contatto con corrosivi;
- morsi di animali, punture di insetti o di aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti sia portatori necessari;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche.

B) Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aerei turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque esercitati, tranne quelli effettuati:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è validata nel caso di polizza con durata inferiore a 365 giorni, cioè un anno.

C) Ernie traumatiche e da sforzo

A parziale deroga dell'Art. 16 "Esclusioni relative al capitolo Infortuni" delle presenti Condizioni di Assicurazione, la garanzia si intende estesa alle lesioni muscolari da sforzo e alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente alla invalidità permanente e alla diaria giornaliera, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa è operante dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per la diaria senza ricovero se prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata riportata nella Scheda di polizza per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga, contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 23 - "Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Qualora per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza sostituzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa prevista;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

D) Morte presunta

In caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro 365 giorni, cioè un anno, dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, l'Impresa corrisponderà la somma prevista per il caso di morte riportata nella Scheda di polizza.

E) Rischio di guerra

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio, degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. Si intendono tuttavia esclusi i rischi atomici di cui all'Art. 16 "Esclusioni relative al capitolo Infortuni" lettera p), ed il "Rischio Volo" di cui all'Art. 14 "Oggetto della garanzia" lettera B delle presenti Condizioni di assicurazione.

F) Spese di rimpatrio

Qualora dall'infortunio derivi una invalidità permanente, indennizzabile a termini di polizza, superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda un immediato rimpatrio con il mezzo di trasporto più idoneo, l'Impresa provvederà a rimborsare le spese sostenute, fino alla concorrenza di euro 1.500,00 su presentazione di regolare documentazione.

G) Indennità per perdita anno scolastico

Qualora in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo Studente Assicurato rientrante nel nucleo familiare che risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e se, in conseguenza dell'infortunio stesso, si sia trovato nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, l'Impresa risponderà l'1% del capitale per lui assicurato per il caso di invalidità permanente.

Il pagamento dell'indennità viene effettuato soltanto previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza della predetta assenza.

H) Danno estetico

In caso di infortunio che comporti, oltre che l'indennizzo a titolo di invalidità permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, l'Impresa rimborserà un ulteriore importo massimo di euro 3.000,00 per le spese, documentate, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

Art. 15 - PRESTAZIONI DELLA COPERTURA

A. Morte (Prestazione obbligatoria, sempre operante)

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 730 giorni, cioè due anni, dalla data dell'infortunio - l'Impresa corrisponde la somma assicurata stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione caso morte ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, l'Impresa corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

B. Invalidità permanente (Prestazione obbligatoria, sempre operante)

- 1) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, l'Impresa corrisponde la somma assicurata stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione invalidità permanente.
- 2) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori della "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente dell'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro, Legge 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, qui di seguito un estratto) e successive modifiche della tabella stessa intervenute fino al 24 luglio 2000.

Estratto della tabella delle valutazioni del grado di invalidità	percentuali	
	destro	sinistro
sordità completa di un orecchio	15	
sordità completa bilaterale	60	
perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	-	
esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
perdita di tutte le dita della mano	65	55
perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
perdita totale del pollice	28	23
perdita totale dell'indice	15	13
perdita totale del medio	12	
perdita totale dell'anulare	8	
perdita totale del mignolo	12	
perdita della falange ungueale del pollice	15	12
perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
perdita della falange ungueale del medio	5	

	percentuali	
	destro	sinistro
perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
perdita della falange ungueale del mignolo	5	
perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
perdita delle ultime due falangi del medio	8	
perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
anchilosi totale dell'articolazione del gomito con articolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi		
anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea		
se vi è contemporanea abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		
45		
perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		
80		
perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		
70		
perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		
65		
perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		
55		
perdita di una gamba al terzo inferiore od un piede		
50		
perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		
30		
perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		
16		
perdita totale del solo alluce		
7		
per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato		
3		
anchilosi completa rettilinea del ginocchio		
35		
anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		
20		
semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		
11		

- 3) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti al punto 2, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto 2, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso di distorsione al ginocchio od alla caviglia senza riscontro radiografico di ulteriori fatti lesivi non si procederà ad alcun indennizzo considerando pari a 0% l'invalidità permanente che ne consegue;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati al punto 2 e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- 4) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati al punto 2 e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
- 5) In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

C. Maggiorazione per il caso di invalidità permanente (Prestazione sempre operante)

L'invalidità permanente accertata in base alle condizioni di polizza, di grado pari o superiore al 65% (sessantacinque per cento) è considerata invalidità permanente totale.

D. Anticipi su indennizzi

Qualora, trascorsi 60 giorni dal termine della cura medica, sia prevedibile che all'Assicurato infortunatosi residui un'invaldità permanente di grado superiore al 24%, l'Impresa - su richiesta - corrisponderà all'Assicurato stesso un anticipo pari alla metà di quello che gli spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di liquidazione definitiva.

E. Rimborso spese mediche (*Prestazione obbligatoria, sempre operante*)

L'Impresa rimborsa all'Assicurato sino a concorrenza del 3% della somma assicurata per invalidità permanente e comunque sino ad un massimo di euro 5.000,00 per periodo assicurativo, le spese sostenute per:

- onorari dei medici, dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- terapie fisiche e medicinali (queste ultime entro il limite del 20% della somma assicurata per rimborso spese mediche);
- rette di degenza in Istituto di cura pubblico o privato;
- trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza;

ferma l'esclusione "tickets" per prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il rimborso è condizionato alla presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per le spese sopraindicate entro 30 giorni dal termine delle cure mediche.

F. Diaria da ricovero o gessatura (*Prestazione facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio*)

L'Impresa, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato la diaria stabilita nella Scheda di polizza per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni per evento e per anno assicurativo.

Resta inteso che la medesima diaria giornaliera viene indennizzata anche in caso di Day hospital o Day surgery.

Se in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata "gessatura" l'Impresa si obbliga a corrispondere all'Assicurato il 50% della suddetta diaria dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura se vi è stato "ricovero" oppure dal giorno dell'applicazione della "gessatura" se non vi è stato "ricovero" fino alla sua rimozione, e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per evento e 100 giorni per periodo assicurativo.

La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione che ha comportato l'applicazione della "gessatura" riguardi singole dita dei piedi e delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero e/o "gessatura".

L'indennizzo per la diaria da ricovero o gessatura è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 16 - ESCLUSIONI RELATIVE AL CAPITOLO INFORTUNI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale;
- b) cagionati da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- c) cagionati dall'intervento, comunque inteso, delle Forze Armate dello Stato;
- d) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- e) dalla guida:
 - o di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - o di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - o di natanti a motore per uso non privato;
- f) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- g) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente Art. 14 lettera B "Rischio Volo" delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- h) dalla pratica delle seguenti attività o dei seguenti sport: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, tiro con l'arco, attività ciclistiche riconducibili alle fattispecie Downhill, ciclocross, BMX e Trial, speleologia, sci fuori pista, sci alpinismo, sci freestyle, sci nautico, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua, rafting, canyoning, kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, parapendio o sport aerei in genere, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, boxe, football americano, beach soccer, snowboard, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante, attività equestri, karting, moto d'acqua, guidoslitte e motoslitte, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m, caccia, tiro con fucili;
- i) dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- l) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- m) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- n) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- o) da guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezioni e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- p) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- q) gli infarti, in ogni caso, e le ernie, fatta eccezione, per queste ultime - di quanto previsto dall'Art. 14 lettera C "Ernie traumatiche e da sforzo" delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- r) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

Art. 17 – FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte di somma assicurata fino a euro 160.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 160.000,00 e fino a euro 260.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 6% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 260.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 9% della totale, se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 20% della totale non si applicano le modalità suddette.

Art. 18 – SOMME ASSICURATE E LORO SUDDIVISIONE

Le somme complessivamente assicurate comprese quelle espresse in percentuale, si intendono riferite all'intero nucleo familiare del Contraente con esclusione delle persone non assicurabili ai sensi degli artt. 8 "Persone non assicurabili" e 8 bis "Limite di età" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Ciascuna persona è assicurata per l'importo ottenuto dalla divisione delle somme complessivamente garantite per il numero delle persone, escluse quelle sopra indicate, che risultino iscritte nello stato di famiglia del Contraente al momento del sinistro. Fermo restando il criterio di determinazione sopra descritto, in caso di infortunio che colpisca una persona assicurata di età inferiore ai 14 anni, la somma da liquidare sarà:

- per il caso di morte, il 50% di quella contrattualmente stabilita per lo stesso caso;
- per il caso di invalidità permanente, quella contrattualmente stabilita per lo stesso caso, più il 50% della somma stabilita contrattualmente per il caso di morte.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero le somme assicurate, esse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 19 – LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRI CATASTROFICI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa, non potrà comunque superare l'importo di euro 1.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 20 – RIEPILOGO FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Ernie traumatiche o da sforzo (Art. 14, Lett C)	-	10% somma assicurata
Spese di rimpatrio (Art. 14, Lett F)	-	Euro 1.500
Danno estetico (Art. 14, Lett H)	-	Euro 3.000
Rimborso spese mediche (Art. 15, Lett. E)	-	3% somma assicurata fino ad euro 5.000
Sinistri catastrofici (Art. 19)	-	Euro 1.000.000

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

In questa sezione vengono previste le regole e le modalità per denunciare un sinistro e per ottenere un indennizzo.

Art. 21 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da:

- certificato medico;
- l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento;
- una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata tramite raccomandata A/R a:

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

Oppure via PEC: nobisassicurazioni@pec.it

Le spese mediche non rientranti nella copertura "Rimborso spese mediche" e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese in copertura.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 22 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili 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. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 15 "Prestazioni della copertura", lettera B sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente risultante da idonea certificazione.

Art. 23 – DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - PERIZIA CONTRATTUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dall'articolo 22 che precede.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado di durata della diaria giornaliera, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 22 "Criteri di indennizzabilità", possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competenti per territorio dove deve riunirsi il Collegio Medico.

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

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accadimento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 24 – LIQUIDAZIONE DEL DANNO/ PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO/MOTIVI DI CONTESTAZIONE

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, l'Impresa provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla quantificazione, ovvero provvede a comunicare i motivi per i quali non ritiene di procedere alla liquidazione del danno.

Il pagamento non potrà avvenire nel caso in cui sia stata fatta opposizione e sia stata verificata la mancanza della titolarità dell'interesse assicurato.

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro, il pagamento sarà effettuato solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorrono le esclusioni previste dall'Art. 16 "Esclusioni relative al capitolo Infortuni" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Impresa paga la somma assicurata all'Assicurato ovvero ai beneficiari in parti uguali.

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 –
Telefono: 039.9890001
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)
Fax: 06.42133206
Pec: ivass@pec.ivass.it

Gestione dei rapporti assicurativi via web

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

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

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.6056804.

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

NOTA IMPORTANTE

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

Importante!

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

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio:

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

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio:

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

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

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

Art. 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 via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO).

2. Tipologia di dati raccolti

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

3. Finalità

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

- a) 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*);
- b) 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*);
- c) finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*);
- d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 42 del Regolamento l'vass 41/2018 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. Modalità di trattamento

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

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

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

La Compagnia 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.



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

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