



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

PERSONA OK

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO PERSONA OK.2020-2020.001 – EDIZIONE 01.01.2020

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

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 in altri documenti

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È la soluzione assicurativa che ti tutela unicamente in caso di infortuni extra-professionali, i quali possono accadere durante viaggi, spostamenti e nel tempo libero, incluse la pratica di hobbies e di attività sportive a carattere ricreativo.



CHE COSA È ASSICURATO?

Le coperture assicurative offerte dal contratto riguardano gli indennizzi all'Assicurato o suoi eredi in caso di:

- ✓ Morte;
- ✓ Invalidità Permanente;
- ✓ Rimborso spese mediche;
- ✓ Diaria da ricovero o gessatura;

per gli infortuni accaduti durante il tempo libero ed in occasione di spostamenti e/o viaggi.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Esclusioni principali relative alle garanzie:

- ✗ Eventi derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale.
- ✗ Infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.
- ✗ Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.
- ✗ L'elenco completo delle esclusioni relative ad ogni singolo settore è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Limiti di indennizzo e franchigie per sinistro e anno assicurativo, per le principali garanzie del **Settore Invalidità permanente**:

- ! Sulla parte di somma assicurata fino a € 160.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale.
- ! Sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 260.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 6% della totale.
- ! Sulla parte di somma assicurata eccedente € 260.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 9% della totale.
- ! L'elenco completo delle limitazioni, franchigie, scoperti e massimali relativi a tutte le garanzie coperte per ogni Settore, è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali.

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.

CHE OBBLIGHI HO?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e il dovere di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni false o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il premio viene corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale. Il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi per il pagamento del premio:

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

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Il contratto è stipulato con la formula del tacito rinnovo. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Puoi impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

ASSICURAZIONE INFORTUNI

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Persona OK

Versione del 1 Gennaio 2020 (ultimo disponibile)

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

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

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

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

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

Esercizio 2021

Bilancio approvato il 29/04/2022

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad €. 71.902.188 di cui capitale sociale €. 37.890.907, riserva di sovrapprezzo €. 1.224.864 e riserve patrimoniali €. 48.803.267.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 175,29% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 435,83% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

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

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



CHE COSA È ASSICURATO?

Infortuni	<p>L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento di attività extraprofessionali in relazione ai rischi assicurati come risultanti dalla scheda di polizza. Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;• Conseguenti a tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva;• Subiti per aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;• Sofferti in stato di malore od incoscienza;• Dovuti ad asfissia o soffocamento non di origine morbosa;• Avvelenamenti acuti da ingestione o da 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 siano portatori necessari;• Annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche. <p>Sono altresì inclusi nella garanzia e coperti dall'assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infortuni subiti nella prestazione del servizio militare;• Infortuni subiti durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri;• Ernie traumatiche o da sforzo;• Morte presunta;• Infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata);• Spese di rimpatrio qualora dall'infortunio derivi un'invalidità permanente indennizzabile e superiore al 5%, che richieda un immediato rimpatrio;• Indennità per perdita anno scolastico a causa di infortunio indennizzabile;• Danno estetico, a seguito del quale siano seguiti interventi di chirurgia plastica ed estetica per ridurre o eliminare i danni estetici al viso;• Maggiorazione 65=100 per il caso di invalidità permanente - l'invalidità permanente accertata in base alle condizioni tutte di polizza, di grado pari o superiore al 65% è considerata invalidità permanente totale;• Rimborso spese mediche;• Diaria da ricovero o gessatura;• Morte a seguito di infortunio.
------------------	--



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Infortuni	<p>Sono esclusi dalla copertura gli infortuni causati:</p> <ul style="list-style-type: none">• Derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale;• Cagionati da malattie mentali, disturbi psichici in genere;• Cagionati dall'intervento, comunque intenso, delle Forze Armate dello Stato;• Dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;• Dalla guida:<ul style="list-style-type: none">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;• Dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;• Dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili;• Dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sports aerei in genere;• 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;• Da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;• Da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;• Da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;• 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;• Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;• Da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;• Gli infarti, in ogni caso, e le ernie (ad eccezione delle ernie traumatiche da sforzo);• Da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici; <p>L'assicurazione non copre inoltre gli infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none">• Subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;• Subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana;• Che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
------------------	---



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Per le garanzie non riportate nel presente elenco, la copertura si intende operante senza limitazione alcuna, per la somma prevista sul Frontespizio di Polizza.

Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse del Settore Infortuni

Di seguito sono riportati i limiti di indennizzo per sinistro e anno assicurativo, per le garanzie prestate:

- ! Rischio volo – la copertura è valida solo in caso di Polizza stipulata con durata superiore a 365 giorni;
- ! Ernie traumatiche o da sforzo – periodo di carenza di 180 giorni, un massimale pari al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. La prestazione di diaria da ricovero verrà prestata per una durata non superiore ai 30 giorni;
- ! Spese di rimpatrio – massimale di 1.500€;
- ! Danno estetico – massimale di 3.000€;
- ! Rimborso spese mediche – massimale pari al 3% della somma assicurata, fino a 5.000€ per periodo assicurativo
- ! Diaria da ricovero o gessatura – per un periodo non superiore a 100 giorni per evento e per periodo di assicurazione;
- ! Sinistri catastrofici – l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di 1.000.000 €;
- ! Attività diversa da quella dichiarata:
 - o l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio
 - o l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta se la diversa attività aggrava il rischio, secondo le tabelle riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

L'indennizzo in caso di invalidità permanente è erogato con:

- ! Una franchigia pari al 3%, sulla somma assicurata fino a 160.000 €;
- ! Una franchigia pari al 6%, sulla somma assicurata tra i 160.000 € e i 260.000 €;
- ! Una franchigia pari al 9% sulla somma assicurata eccedente i 260.000 €;
- ! Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 20% della totale non si applicano le modalità suddette.



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Dichiarazioni inesatte o reticenti

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



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio

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

Rimborso

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata

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

Sospensione

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



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione

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

Risoluzione

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



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto Persona OK è rivolto a persone fisiche e/o nuclei famigliari, che intendono assicurarsi contro infortuni subiti nel corso dell'attività extra professionale e con esigenze di protezione della persona e del patrimonio.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Costi di intermediazione: l'Intermediario percepisce una commissione media pari al 25%, calcolata sul premio annuo di polizza comprensivo di imposte.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

Denuncia di sinistro per il Settore Infortuni	In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società 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 e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Per la diaria senza ricovero, qualora assicurata, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.
Prescrizione	Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno, dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni, dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	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 Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, 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). Tale procedura è obbligatoria per le controversie in materia di contratto di assicurazione e rappresenta una condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- Arbitrato e Perizia Contrattuale: tali procedure sono facoltative, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

SEZIONE I - GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Che cosa è assicurato?	3
GARANZIE BASE	3
Settore Infortuni	3
Art. 1 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni	3
Art. 2 – Prestazioni per il Settore Infortuni	4
Che cosa non è assicurato?	6
Settore Infortuni	6
Art. 3 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni	6
Art. 4 – Persone non assicurabili per il Settore Infortuni.....	7
Ci sono limiti di copertura?	7
Art. 5 – Franchigia per invalidità permanente	7
Art. 6 – Somme assicurate e loro suddivisione	7
Art. 7 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici.....	7
Art. 8 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo	7
Dove vale la copertura?	8
Art. 9 – Estensione territoriale.....	8
Quando comincia la copertura e quando finisce?	8
Art. 10 – Decorrenza della garanzia.....	8
Art. 11 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	8
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	8
Norme applicate in caso di sinistro	8
Art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	8
Art. 13 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato.....	8
Art. 14 – Criteri di indennizzabilità.....	8
Art. 15 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale.....	8
Art. 16 – Diritto di surrogazione.....	9
Art. 17 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione	9
COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA	9
Quando e come devo pagare?	9
Art. 18 – Pagamento del premio	9
NORME CHE REGOLANO IL RECESSO	9
Come posso disdire la polizza?	9
Art. 19 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	9
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	9
Art. 20 – Altre assicurazioni	9
Art. 21 – Modifiche dell'assicurazione	9
Art. 22 – Aggravamento del rischio.....	10
Art. 23 – Diminuzione del rischio	10
Art. 24 – Oneri fiscali.....	10
Art. 25 - Rinvio alle norme di Legge.....	10
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	7
APPENDICE NORMATIVA	11
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)	13

SEZIONE I - GLOSSARIO

Ai termini contenuti nelle condizioni di polizza viene attribuito il significato di seguito precisato:

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

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

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

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 la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

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

Chemioterapia oncologica: Complesso delle terapie farmacologiche e delle tecniche impiegate nelle loro somministrazione, utilizzate nel trattamento dei tumori.

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.

Data Sinistro: Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

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.

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

Diaria senza ricovero: La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza.

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 suscettibile di rimozione da parte dell'Assicurato.

Inabilità Temporanea: La perdita temporanea a seguito dell'infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società 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.

Malattia: Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa: Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

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, la Società presta le garanzie.

Nucleo familiare: Tutte le persone che compongono il nucleo familiare dell'Assicurato quali risultano dallo stato di famiglia al momento del sinistro. Persone assicurate per Rimborso spese di cura identificate in polizza nell'Elenco persone assicurate.

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.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Premio annuo finito: Il premio comprensivo delle imposte sui premi assicurativi in vigore alla data di decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche delle imposte comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, secondo le disposizioni di Legge.

Radioterapia antitumorale: Terapia che sfrutta l'azione biologica delle radiazioni.

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

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

Second Opinion: Servizio di consulenza medica internazionale previsto per la diagnosi e terapia di gravi patologie e realizzato attraverso scambio anche per via telematica di informazioni e referti.

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.

Società e/o Impresa: 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

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 Assicurazioni Persona OK - Mod. Persona Ok 2020-2020.001 - Ultimo aggiornamento 01/01/2020

Si precisa che le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono riportate in **grassetto**, nonché stampate su fondo pieno, **in questo modo evidenziate** e sono da leggere con particolare attenzione.

Le esclusioni riferite alla specifica fattispecie di una determinata garanzia vengono **in questo modo evidenziate e sottolineate** e sono da leggere con particolare attenzione.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Infortunati

Art. 1 - Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni

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; 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 termine e/o atmosferiche.

B) Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazione.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione. Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio imponibile relativa al periodo di assicurazione pagato ma non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere la protrazione gratuita dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

C) 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 eserciti, **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.

D) Ernie traumatiche e da sforzo

A parziale deroga dell'Art. 3 la garanzia si intende estesa alle lesioni muscolari da sforzo e alle 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 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. 15 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia Contrattuale delle norme che regolano i sinistri.**

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.**

E) Morte presunta

In caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aereo, semprché 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, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di morte.

F) 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. 3 lettera m, ed il Rischio Volo di cui all'Art. 1 lettera C delle Condizioni di assicurazione.

G) 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, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute, **fino alla concorrenza di euro 1.500,00 su presentazione di regolare documentazione.**

H) 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, **la Società 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.

I) Danno estetico

In caso di infortunio che comporti, oltre che l'indennizzo a titolo di invalidità permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, **la Società 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. 2 - Prestazioni per il Settore Infortuni

A. Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza di polizza - entro 730 giorni, cioè due anni, dalla data dell'infortunio - la Società corrisponde la somma assicurata stabilita in 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, la Società corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore

- e quello già pagato per invalidità permanente.

B. Invalidità permanente

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata stabilita in polizza per la prestazione invalidità permanente.
- B) 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.
- C) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), 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 B), 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 alla lettera B) 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.
- D) 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 alla lettera B) 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.

E) 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.

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-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
perdita di tutte le dita della mano	65	55
perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
perdita totale del pollice	28	23
perdita totale dell'indice	15	13
perdita totale del medio	12	
perdita totale dell'anulare	8	
perdita totale del mignolo	12	
perdita della falange ungueale del pollice	15	12
perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
perdita della falange ungueale del medio	5	
perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
perdita della falange ungueale del mignolo	5	
perdita delle 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	

	percentuali	
	destro	sinistro
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	55	50
anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15
se vi è 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 o di un piede	50	
perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
perdita totale del solo alluce	7	
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	

C. Maggiorazione per il caso di invalidità permanente

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

D. Anticipi su indennizzi

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

E. Rimborso spese mediche

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

- onorari medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestetisti;
- 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;

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

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

Se in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata "gessatura" la Società 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.

Che cosa non è assicurato?

Settore Infortuni

Art. 3 - Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore 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 intenso, 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:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - 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. 1 lettera C - Rischio volo;
- h) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sports aerei in genere;
- 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. 1 lettera D - Ernie traumatiche e da sforzo;
- r) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici.

Art. 4 – Persone non assicurabili per il Settore Infortuni

Premesso che la Società 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. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni di assicurazione e degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 5 – 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 € 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 € 160.000,00 e fino a € 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 € 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. 6 – Somme assicurate e loro suddivisione

Le somme complessivamente assicurate comprese quelle espresse in percentuale, si intendono riferite all'intero nucleo familiare dell'Assicurato con esclusione delle persone non assicurabili ai sensi dell'Art. 4 delle 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 dell'Assicurato al momento del sinistro.

Fermo restando il criterio di determinazione sopra descritto, in caso di infortunio che colpisca una persona 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. 7 – 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 della Società, 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. 8 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Ernia traumatiche o da sforzo (Art. 1, Lett D)	-	10% somma assicurata
Spese di rimpatrio (Art. 1, Lett G)	-	Euro 1.500
Danno estetico (Art. 1, Lett I)	-	Euro 3.000
Rimborso spese mediche (Art. 2, Lett. E)	-	3% somma assicurata fino ad euro 5.000
Invalità permanente (Art. 5)	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 (Art. 7)	-	Euro 1.000.000

Dove vale la copertura?

Art. 9 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 10 – Decorrenza della garanzia

Ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la rata di premio sono stati pagati come regolato nell'Art. 18, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.**

Art. 11 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad 1 anno è prorogata per 1 anno e così successivamente, fermo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

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

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 Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La società, 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.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Norme applicate in caso di sinistro

Art. 12 – 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 dell'assicurazione ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 13 – Denuncia dell'infortunio 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 alla Società 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 e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Per la diaria senza ricovero, qualora assistita, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Società 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. 14 – Criteri di indennizzabilità

La Società 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. 2 lettera B prestazione invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

Art. 15 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

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. 14 – 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 dei Medici.

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. 16 – Diritto di surrogazione

La Società 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. 17 – Liquidazione del danno/ pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società 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 fatto solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorrono le esclusioni previste nella sezione "Che cosa non è assicurato".

COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA

Quando e come devo pagare?

Art. 18 – Pagamento del premio

Come regolato nell'Art. 10, L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se 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 della Società al pagamento dei premi scaduti. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

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.**

NORME CHE REGOLANO IL RECESSO

Come posso disdire la polizza?

Art. 19 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad 1 anno è prorogata per 1 anno e così successivamente, fermo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

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

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 Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La società, 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 20 – Altre assicurazioni

Ai sensi e per effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile, il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti con la presente polizza. Non sono comprese in questo obbligo, relativamente al Settore Infortuni, 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. 21 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 22 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato e/o il Contraente devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società 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. 23 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società 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. 24 - Oneri fiscali

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

Art. 25 - Rinvio alle norme di Legge

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni. 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 Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

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. 1892 c.c. 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 c.c. 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 c.c. Assicurazioni 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 articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 c.c. Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 c.c. 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 l'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 c.c. 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. 1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

Art. 1913 c.c. 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 avuta 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 c.c. 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 tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 c.c. Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'Assicurato che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa nei diritti dell'Assicurato verso terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, 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.

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

4. Modalità di trattamento

I dati sono oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza. La Compagnia garantisce la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati personali raccolti, la non visibilità e la non accessibilità da alcuna area pubblica di accesso. Il trattamento è svolto in forma automatizzata e/o manuale, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza alla sicurezza del trattamento come previsto dall'Art. 32 del GDPR. La Compagnia predispone misure organizzative e tecnologiche idonee affinché questa politica sia seguita all'interno della società al fine di proteggere i dati personali raccolti. I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

5. Profilazione

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti sono inseriti nel database aziendale e conservati per il per il periodo di tempo consentito, o imposto, dalle normative applicabili nella gestione del rapporto contrattuale e per il tempo necessario ad assicurare la tutela legale, a lei ed al Titolare al termine del quale saranno cancellati o resi anonimi entro i tempi stabiliti dalla norma di legge. Qualora intervenga la revoca del consenso al trattamento specifico da parte dell'interessato, i dati verranno cancellati o resi anonimi entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della revoca.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato può far valere i diritti previsti dall'Art. 15 (diritto di accesso dell'interessato), dall'Art. 16 (diritto di rettifica), dall'Art. 17 (diritto alla cancellazione, "diritto all'oblio"), dall'Art. 18 (diritto di limitazione di trattamento), dall'Art. 20 (diritto alla portabilità dei dati) e dall'Art. 21 (diritto di opposizione) del Regolamento 2016/679, rivolgendosi mediante lettera RR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it. L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente e seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 1 gennaio 2020