



NOBIS VIAGGIO EASY INCOMING

MODELLO FDE.INC.2021-2025.002 – EDIZIONE 01.05.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHIO VIAGGI

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

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894123

NUMERO dall'estero
+39.039.9890702

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: Nobis Viaggio Easy (Incoming)

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



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

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La Polizza presenta una serie di garanzie preposte alla tutela di coloro che viaggiano, elaborate per offrire una protezione verso gli accadimenti dannosi e gli imprevisti che si verificano più frequentemente durante i viaggi, quali le spese per cure mediche. Il tutto completato da prestazioni di Assistenza alla persona e al veicolo. **Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti dalla Scheda di Polizza sottoscritta dal Contraente/Assicurato e contenute nelle Condizioni di Assicurazione.**



CHE COSA È ASSICURATO?

Di seguito sono presentate riassuntivamente le principali garanzie che possono essere operanti nel prodotto Nobis Viaggio Easy (Incoming).

✓ Spese mediche

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati nella scheda di polizza verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il viaggio, per cure o interventi urgenti, non procrastinabili e imprevedibili, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia. Nei limiti indicati in polizza la garanzia comprende le spese di ricovero in istituto di cura, le spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio, le spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, le spese mediche sostenute a bordo di una nave, le spese per cure dentarie urgenti, le spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco solo a seguito di infortunio e le spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino.

✓ Assistenza alla persona e al veicolo

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Per i viaggi superiori a sessanta giorni consecutivi, il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile a norma del quale risulteranno assicurabili per le garanzie Assistenza e Spese Mediche le sole persone che al momento della stipulazione della polizza non abbiano ancora compiuto gli 80 anni di età.
- ✗ Non possono essere assicurate le persone che non acquistino viaggi con destinazione Italia.
- ✗ Non possono essere assicurati i soggetti residenti in Italia.
- ✗ Non sono assicurabili le persone che fanno uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, presentano tossicodipendenze da alcol droghe, persone con patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici.
- ✗ Relativamente alla garanzia Assistenza al veicolo non sono assicurati i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni.
- ✗ Non possono essere assicurabili le persone giuridiche.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- ! stato di guerra (dichiarata o meno), legge marziale, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, embargo, vandalismo, scioperi, terremoti, tsunami, onde anomale, mareggiate, grandine, inondazioni, alluvioni, incendi, eruzioni vulcaniche ed altri fenomeni atmosferici per i quali venga dichiarato lo stato di calamità o lo stato di emergenza nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
- ! dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- ! viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- ! viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- ! inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- ! fallimento del Vettore, dell'organizzatore del viaggio o di qualsiasi fornitore;
- ! errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- ! Malattie con sintomatologia in atto al momento della partenza del viaggio per le garanzie "Spese mediche" e "Assistenza alla persona e al veicolo";
- ! suicidio o tentativo di suicidio, patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana, interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- ! uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;
- ! pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus denominato Covid-19;

- ! pratica delle seguenti attività e dei seguenti sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, tiro con l'arco, sci fuori pista, attività ciclistiche riconducibili alle fattispecie Downhill, ciclocross, BMX e Trial, speleologia, sci alpinismo, 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, sport aerei in genere, pugilato, lotta, arti marziali, boxe, football americano, beach soccer, snowboard, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante, attività equestri, karting, moto d'acqua, guidoslitte, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m., caccia, tiro con fucili;
- ! atti di temerarietà;
- ! attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni; gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte, di motoslitte e relative prove ed allenamenti;

- ! le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali; parto (anticipato, prematuro o a termine) svoltosi nel corso del viaggio;
- ! svolgimento di attività che implicano l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco; !eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza. La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata in forma accessoria alla vendita di un viaggio. Non è consentita la stipulazione di più polizze Nobis Viaggio Easy a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti. La polizza deve essere emessa per la destinazione che comprenda tutte le tappe del viaggio, anche se intermedie o, comunque, di durata minore alle altre. La polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come il contratto di assicurazione dovrà essere emesso obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ L'assicurazione ha validità esclusivamente in Italia.



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 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.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento del premio che è determinato in base ai dati indicati sulla scheda di polizza con riferimento alla tipologia, alla destinazione, alla durata del viaggio, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

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

Il premio è già comprensivo di imposte.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La durata della polizza è quella scelta dal Contraente/Assicurato ed indicata nella scheda di polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Il contratto cesserà alla data indicata nella scheda di polizza con espressa esclusione di qualsivoglia tacito rinnovo.

Le garanzie decorrono dalla data di inizio del viaggio (ovvero dalla data di inizio dei servizi turistici acquistati) e cessano al termine degli stessi salvo quelle garanzie che seguono una specifica normativa.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Per il Contraente/Assicurato il contratto non si rinnova automaticamente alla sua naturale scadenza.

In caso di polizze commercializzate con la c.d. "vendita diretta", il Contraente/Assicurato dispone di un termine di 14 giorni dalla sottoscrizione per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo.

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

ASSICURAZIONE MULTIRISCHI TURISMO

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



Prodotto: Nobis Viaggio Easy (Incoming)
Versione n. 4 Maggio 2025 (ultimo disponibile)

Scopo

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

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

Esercizio 2024

Bilancio approvato il 28/03/2025

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

Con riferimento alla situazione di solvibilità, si specifica che il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 192,7% e si richiama l'attenzione del Contraente in merito alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito dell'Impresa al seguente link: <https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/>.

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

Prodotto



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alla garanzia **Spese Mediche si specifica che è inclusa anche la Diaria da Ricovero a seguito di infezione da Covid-19 fino ad € 1.000,00 e una Indennità da Convalescenza in caso di Infezione da Covid 19 fino ad € 1.500,00.**

In merito alla garanzia **Assistenza alla persona e al veicolo** si specificano qui di seguito le singole prestazioni: Consulenza medica telefonica, Invio di un medico in Italia in caso di urgenza, Segnalazione di un medico all'estero, Monitoraggio del ricovero ospedaliero, Trasporto Sanitario Organizzato, Rientro dei familiari o del compagno di viaggio, Trasporto della salma, Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione, Assistenza ai minori, Rientro del viaggiatore convalescente, Prolungamento del soggiorno, Invio urgente di medicinali all'estero, Interprete a disposizione all'estero, Anticipo spese di prima necessità, Rientro anticipato, Spese telefoniche/telegrafiche, Trasmissione messaggi urgenti, Spese di soccorso ricerca o recupero dell'Assicurato, Anticipo cauzione penale all'estero, Soccorso stradale e traino, Invio pezzi di ricambio e Spese di Albergo.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quale opzione/personalizzazione è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Nobis Viaggio Easy.
--------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Indicare l'opzione	Non sono previste opzioni con aumento di premio per il prodotto Nobis Viaggio Easy.
--------------------	---



CHE COSA NON È ASSICURATO?

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le esclusioni, valide per tutte le garanzie, sono già state indicate nel Dip Base.

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

Spese mediche	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, sono escluse le spese per cure fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L'assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza. Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso. In Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato. La garanzia Spese Mediche è operante per un periodo non superiore a 110 giorni complessivi di degenza ospedaliera.
Assistenza alla persona e al veicolo	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario, l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere dall'Impresa. Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere dall'Impresa. Sono escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali. In merito alle prestazioni di assistenza al veicolo sono esclusi: - i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni; - i veicoli di peso superiore a 35 quintali; - i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati; - i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico; - i veicoli che comunque abilitati trasportino più di nove persone; - i veicoli che trasportino un numero di passeggeri superiore a quanto indicato nel libretto di circolazione.

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



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto ai soggetti - aventi le caratteristiche indicate nel DIP Base - che acquistino un viaggio avente le caratteristiche indicate sempre nel DIP Base.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

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

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 24,26% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 35,49%.

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 al Reclamo entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it , utilizzando l'apposito modulo reperibile dal sito www.ivass.it , corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

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

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

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale: Ramo 2 – Malattia: imposte sul premio pari al 2,5% ; Ramo 18 – Assistenza: imposte sul premio imponibile pari al 10% . Le garanzie contemplate nel presente contratto non rientrano tra quelle per le quali la legge prevede la detrazione fiscale del premio.
---	--

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

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1 - Determinazione del premio - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	3
Art. 2 - Persone non assicurabili	3
Art. 3 - Esclusione di compensazioni alternative	3
Art. 4 - Validità decorrenza e durata delle garanzie	3
Art. 5 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.....	3
Art. 6 - Estensione territoriale.....	3
Art. 7 - Criteri di liquidazione dei sinistri.....	3
Art. 8 - Liquidazione dei danni/nomina dei periti	3
Art. 9 - Legge - Giurisdizione.....	4
Art. 10 - Integrazione documentazione di denuncia del sinistro	4
Art. 11 - Recesso in caso di sinistro	4
Art. 11 Bis - Diritto di recesso (<i>valido solo per polizze commercializzate con la C.D. Vendita diretta</i>)	4
Art. 12 - Imposte e tasse	4
Art. 13 - Rivalsa.....	4
Art. 14 - Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie.....	4
Art. 15 - Pagamento del premio.....	5
Art. 16 - Durata del contratto	5
Art. 17 - Modifiche al contratto	5
SEZIONE III - GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	6
Capitolo 1 - Spese Mediche	6
Art. 18 - Oggetto dell'assicurazione	6
Art. 19 - Franchigia e scoperto	6
Art. 20 - Esclusioni e limiti specifici per la garanzia spese mediche	6
Art. 21 - Diaria da ricovero a seguito di infezione da covid-19.....	6
Art. 22 - Indennità da convalescenza post covid-19	7
Capitolo 2 - Assistenza alla Persona e al Veicolo	7
Art. 23 - Oggetto dell'assicurazione	7
Art. 24 - Consulenza medica telefonica	7
Art. 25 - Invio di un medico in Italia in casi di urgenza.....	7
Art. 26 - Segnalazione di un medico all'estero	7
Art. 27 - Monitoraggio del ricovero ospedaliero	7
Art. 28 - Invio di un pediatra in caso di urgenza	7
Art. 29 - Consulto psicologico in caso di infezione da covid-19	7
Art. 30 - Second opinion in caso di infezione da covid-19	7
Art. 31 - Informazioni numero di emergenza in caso di infezione da covid-19	7
Art. 32 - Blocco e sostituzione delle carte di credito	8
Art. 33 - Attivazione servizio di streaming video e quotidiani on-line in caso di ricovero ospedaliero.....	8
Art. 34 - Trasporto sanitario organizzato	8
Art. 35 - Rientro dei familiari o del compagno di viaggio.....	8
Art. 36 - Trasporto della salma	8
Art. 37 - Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione.....	8
Art. 38 - Assistenza ai minori	8
Art. 39 - Rientro del viaggiatore convalescente.....	8
Art. 40 - Prolungamento del soggiorno.....	8
Art. 41 - Invio urgente di medicinali all'estero	8
Art. 42 - Interprete a disposizione all'estero.....	9
Art. 43 - Anticipo spese di prima necessità.....	9
Art. 44 - Rientro anticipato.....	9
Art. 45 - Spese telefoniche	9
Art. 46 - Trasmissione messaggi urgenti.....	9
Art. 47 - Spese di soccorso ricerca e di recupero dell'Assicurato.....	9
Art. 48 - Anticipo cauzione penale all'estero	9
Art. 49 - Soccorso stradale e traino	9
Art. 50 - Invio pezzi di ricambio	9
Art. 51 - Spese di albergo.....	9
Art. 52 - Esclusioni e limiti specifici per la garanzia assistenza alla persona e al veicolo.....	9
Art. 53 - Responsabilità	10
Art. 54 - Restituzione di titoli di viaggio	10
SEZIONE IV - DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO	11
Art. 55 - Cosa fare in caso di sinistro	11
APPENDICE NORMATIVA	12
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)	14

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero, nel caso concreto, la persona non residente in Italia che effettua un viaggio verso l'Italia con partenza da un territorio estero;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

Atti di terrorismo: un'azione di pubblico dominio – comprendente gravi forme di violenza illegittima contro una comunità (o parte di essa) e i relativi beni – finalizzata a incutere terrore nei membri di una collettività organizzata e/o a destabilizzarne l'ordine costituito e/o a limitare le libertà individuali (compresa quella di culto), mediante attentati, rapimenti, dirottamenti di aerei, di navi etc. e atti simili purché idonei a mettere in pericolo la vita degli individui;

Centrale Operativa: la struttura di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. costituita da medici, tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato e che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza;

Compagno di viaggio: la persona assicurata che, pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato che ha subito l'evento, risulta regolarmente iscritto al viaggio contemporaneamente all'Assicurato stesso;

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;

Day hospital: la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni mediche che siano:

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

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.

Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato;

Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'Assicurato;

Europa e Mediterraneo: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russa.

Estero: tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia;

Familiari: coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati.

Franchigia: importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro;

Furto: è il reato previsto dall'art. 624 del Codice Penale, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri;

Guasto: il danno subito dal veicolo per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di sue parti (con esclusione di qualsiasi intervento di ordinaria manutenzione), tali da renderne impossibile per l'Assicurato l'utilizzo in condizioni normali;

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

Incendio: la combustione con sviluppo di fiamma;

Incidente: l'evento, subito dal veicolo, dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale, così come definita dalla Legge, che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali;

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

Infortunio: ogni evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca in nesso causale diretto ed esclusivo lesioni fisiche permanenti obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso un'azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;

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

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino;

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

Massimale: somma fino a concorrenza della quale l'Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione;

Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;

Mondo e Federazione Russa: tutti i paesi del mondo esclusi Stati Uniti e Canada;

Mondo Intero incluso Stati Uniti e Canada: tutti i paesi del mondo inclusi Stati Uniti e Canada;

Nucleo Familiare: il coniuge/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

Quarantena: isolamento domiciliare obbligatorio, che coinvolge una o più persone, con o senza sorveglianza sanitaria volta al successivo accertamento dell'effettivo contagio da Covid-19;

Rapina: la sottrazione di cosa mobile a chi la detiene, mediante violenza o minaccia alla sua persona;

Residenza: il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura;

Rischio: probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;

Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'Assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro;

Servizi Turistici:

- 1) trasporto di passeggeri;
- 2) l'alloggio, comprensivo dell'eventuale vitto, che non costituisce parte integrante del trasporto di passeggeri e non è destinato a fini residenziali, o per corsi di lingua di lungo periodo;
- 3) il noleggio di auto, di altri veicoli a motore ai sensi del decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 28/04/2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 162 del 12 luglio 2008, o di motocicli che richiedono una patente di guida di categoria A, a norma del decreto legislativo 16/01/2013, n. 2;
- 4) qualunque altro servizio turistico che non costituisce parte integrante di uno dei servizi turistici di cui sopra e non sia un servizio finanziario e assicurativo.

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

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

Terzo: di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato non ché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia; b) i dipendenti dell'Assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;

Usa e Canada e resto del mondo: tutti i paesi del mondo inclusi Stati Uniti e Canada;

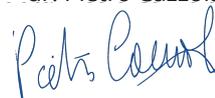
Vendita diretta: contratti stipulati dal Contraente/Assicurato direttamente con l'Impresa, tramite il sito internet www.nobis.it, senza alcun tipo di intermediazione;

Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'Assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private

Viaggio/Locazione: lo spostamento e/o soggiorno a scopo turistico, di studio e di affari dell'Assicurato.

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

Il Rappresentante legale
dr. Pietro Cazzola



SEZIONE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione Nobis Viaggio Easy Incoming FDE.INC.2021-2025.002
Ultimo aggiornamento 01.05.2025

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 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Il premio è determinato in base ai dati indicati sulla scheda di polizza con riferimento alla destinazione, al prezzo del viaggio, alla durata del viaggio, alla tipologia del viaggio, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati.

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

Art. 2 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che l'Impresa, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato fosse in una delle seguenti condizioni escluse dalla polizza: uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, nel caso una o più delle malattie o disturbi sopra richiamati insorgano durante il periodo di validità della polizza, si applicherà quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Sono esclusi dalle coperture le persone che non acquistino viaggi con destinazione Italia e partenza estero, nonché i soggetti residenti in Italia.

Per i viaggi superiori a sessanta giorni consecutivi, il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile a norma del quale risulteranno assicurabili per le garanzie Assistenza e Spese Mediche le sole persone che al momento della stipulazione della polizza non abbiano ancora compiuto gli 80 anni di età, fermo restando che l'assicurazione rimane in vigore per chi già in precedenza è assicurato.

Art. 3 - ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

Art. 4 - VALIDITÀ DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

La durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nella scheda di polizza sempreché sia stato corrisposto il relativo premio.

Le coperture sono prestate nei limiti dei capitali/massimali e delle prestazioni nel luogo ove si è verificato l'evento, sempre che questo sia compreso nella "DESTINAZIONE" per cui è stata emessa la polizza.

Le garanzie, che possono essere acquistate fino alle ore 24.00 del giorno precedente alla partenza, sono valide durante il periodo del viaggio, come riportato nella Scheda di polizza.

La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un viaggio/soggiorno effettuata dallo stesso Operatore Professionale. Resta inteso che la presente specifica non è operante per gli intermediari iscritti al R.U.I. intrattenuto presso IVASS.

La polizza è conforme a quanto indicato nel D.Lgs. del 06.02.2007.

Art. 5 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso telefonico e scritto all'Impresa secondo le modalità previste alle singole garanzie. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda a quanto indicato nella Sezione IV "Denuncia del sinistro e indennizzo" del presente contratto.

Art. 6 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità esclusivamente in Italia, dove l'Assicurato ha subito il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione.

Art. 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato l'Impresa restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

Art. 8 - LIQUIDAZIONE DEI DANNI/NOMINA DEI PERITI

La quantificazione del danno sarà effettuata dall'Impresa mediante accordo diretto fra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a

nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale dell' Impresa. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del Terzo Perito. Le decisioni sono prese a maggioranza 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 dei patti contrattuali. Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Art. 9 - LEGGE - GIURISDIZIONE

Le Parti convengono che il presente contratto sarà regolato dalla Legge Italiana. Le Parti convengono altresì che qualunque controversia nascente dal presente contratto sarà soggetta alla giurisdizione italiana.

Art. 10 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola garanzia/prestazione. La mancata produzione dei documenti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 11 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

Il recesso ha effetto:

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

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

Art. 11 Bis - DIRITTO DI RECESSO (valido solo per polizze commercializzate con la c.d. vendita diretta)

L'Assicurato dispone di un termine di quattordici giorni per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo. Il termine durante il quale può essere esercitato il diritto di recesso decorre alternativamente:

- a) dalla data della conclusione del contratto;
- b) dalla data in cui il consumatore riceve le condizioni contrattuali e le informazioni di cui all'articolo 67-undecies del D.Lgs n. 209 del 07 settembre 2005, se tale data è successiva a quella di cui alla lettera a).

Il diritto di recesso non si applica:

- alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;

Per esercitare il diritto di recesso, l'Assicurato deve inviare, prima dello scadere del termine, una comunicazione scritta al fornitore, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento presso la sede legale dell'Impresa all'indirizzo Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., viale Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza, dichiarando, con questa comunicazione, che in tale periodo non siano avvenuti sinistri di alcun tipo.

Qualora si sia effettivamente verificato un sinistro, il diritto al recesso previsto al presente articolo non potrà essere esercitato. Nel caso di dichiarazione non rispondente alla realtà dei fatti, l'Impresa avrà diritto di rivalersi nei confronti dell'Assicurato per ogni spesa e/o onere sostenuto direttamente e/o indirettamente connesso.

Nei confronti dell'Assicurato che esercita il diritto di recesso l'Impresa rimborsa il premio, al netto delle imposte versate.

Qualora l'Assicurato non eserciti il diritto di recesso, il contratto troverà piena ed integrale applicazione nei termini pattuiti.

Art. 12 - IMPOSTE E TASSE

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 13 - RIVALSA

L'eventuale rivalsa, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dall'Impresa per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato.

Art. 14 - ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri determinati da:

- stato di guerra (dichiarata o meno), legge marziale, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, embargo, vandalismo, scioperi;
- terremoti, tsunami, onde anomale, mareggiate, grandine, inondazioni, alluvioni, incendi, eruzioni vulcaniche e/o altri fenomeni atmosferici per i quali venga dichiarato lo stato di calamità o lo stato di emergenza, nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
- dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- fallimento del Vettore, dell'organizzatore del viaggio o di qualsiasi fornitore;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- malattie con sintomatologia in atto al momento della partenza del viaggio per le garanzie "Spese mediche" e "Assistenza alla persona e al veicolo";

- patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
- interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;
- pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus denominato "Covid-19";
- pratica delle seguenti attività o dei seguenti sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, 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, sport aerei in genere, pugilato, lotta, 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;
- atti di temerarietà;
- attività sportive svolte a titolo professionale e/o partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni;
- gare o manifestazioni automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte, di motoslitte e relative prove ed allenamenti;
- le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- parto (anticipato, prematuro o a termine) svoltosi nel corso del viaggio;
- svolgimento di attività che implicino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un viaggio.

Non è consentita la stipulazione di più polizze Nobis Viaggio Easy a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti pena la perdita del diritto al risarcimento.

La polizza deve essere emessa per la destinazione che comprenda tutte le tappe del viaggio, anche se intermedie o, comunque, di durata minore alle altre.

La polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (*i.e.* il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come il contratto di assicurazione dovrà essere emesso obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Qualora l'emissione avvenga successivamente alla data di partenza del viaggio, il contratto s'intenderà privo di ogni effetto e l'Impresa provvederà alla restituzione del premio di polizza. Eventuali sinistri verificatisi successivamente alla data di cessazione della polizza non verranno presi in carico dall'Impresa.

Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

Art. 15 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Per sottoscrivere la presente polizza il premio e le eventuali rate di premio successive indicati nella scheda di polizza devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'Impresa che indicano la data del pagamento e recano la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Art. 16 – DURATA DEL CONTRATTO

La durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nella scheda di polizza.

Il contratto cesserà alla data indicata nella scheda di polizza con espressa esclusione di qualsivoglia tacito rinnovo.

Art. 17 – MODIFICHE AL CONTRATTO

Ogni modifica al presente contratto deve essere provata per atto scritto, siglato dall'Impresa e dal Contraente.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 2 capitoli principali (*Rimborso spese mediche – Assistenza alla persona e al veicolo*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

Art. 18 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati nella scheda di polizza verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il viaggio, per cure o interventi urgenti, non procrastinabili e imprevedibili, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati) entro il limite di euro 1.500,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di euro 1.000,00;
- spese mediche sostenute a bordo di una nave entro il limite di euro 800,00;
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a € 200,00 per Assicurato;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 5.000,00.

In caso di ricovero ospedaliero o in caso di day Hospital a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Nei casi in cui l'Impresa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate a termini di polizza sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa contattata preventivamente.

Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

Per gli importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa. Le spese mediche sostenute in Italia per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio saranno rimborsate nel limite di € 1.000,00, purché sostenute entro 30 giorni dalla data di rientro.

Sono sempre comprese in garanzia le prestazioni Trasporto Sanitario Organizzato di cui all'art. 34 e Rientro del Viaggiatore Convalescente di cui all'Art. 39.

La presente garanzia opererà anche in relazione alle spese, rientranti nelle fattispecie poc'anzi indicate, collegata alla infezione da Covid-19 eventualmente contratta dall'Assicurato durante il viaggio.

Art. 19 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 70,00 che rimane a carico dell'Assicurato, tranne nei casi di Ricovero ospedaliero e Day Hospital per i quali nessuna franchigia verrà applicata.

Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 70,00.

Resta inteso che per gli importi superiori ad € 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

Art. 20 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA SPESE MEDICHE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono escluse le spese per cure fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L'assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.

Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso.

Qualora l'Assicurato intendesse avvalersi di strutture ospedaliere/medici che non fanno parte della Rete Convenzionata dell'Impresa l'esborso massimo di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. non potrà superare l'importo di € 300.000,00 fermo restando il limite del massimale indicato in polizza.

Nel limite del massimale indicato in polizza, per i residenti in Italia con area di destinazione del viaggio Italia, l'Impresa rimborserà all'Assicurato le spese mediche sostenute derivanti da infortunio.

In Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato. La garanzia Spese Mediche è operante per un periodo non superiore a 110 giorni complessivi di degenza ospedaliera.

Resta inteso che al verificarsi di una delle fattispecie previste nel quarto e nel quinto capoverso dell'art. 52, nessuna ulteriore richiesta relativa alle spese mediche sarà presa in carico dall'Impresa.

Art. 21 – DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID 19

La presente copertura è valida a seguito di infezione da COVID-19, a condizione che la diagnosi avvenga durante lo svolgimento del viaggio e che l'infezione comporti un conseguente ricovero in Istituto di Cura.

L'Impresa accorda una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura disposto quale conseguenza

diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall'Assicurato, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni di seguito indicate.

L'Impresa, qualora il ricovero dell'Assicurato si protragga per un numero di giorni superiore a 5, riconosce per ogni successivo giorno di degenza (i.e. a partire dal sesto giorno di ricovero) un importo pari a euro 100,00 (cento/00) per un numero massimo di giorni pari a 10. In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso della validità del contratto non potrà superare l'importo di € 1.000,00 (mille/00).

Art. 22 - INDENNITÀ DA CONVALESCENZA POST COVID 19

La presente copertura è valida a seguito di infezione da COVID-19, a condizione che la diagnosi avvenga durante lo svolgimento del viaggio e che l'infezione comporti un conseguente ricovero in Istituto di Cura all'interno di un reparto di Terapia Intensiva. L'Impresa riconosce all'Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a € 1.500,00 al momento della dimissione dell'Assicurato stesso dal reparto di Terapia Intensiva dell'Istituto di Cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19. La presente prestazione opererà unicamente qualora l'Assicurato, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato in un reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro.

CAPITOLO 2 - ASSISTENZA ALLA PERSONA E AL VEICOLO

Art. 23 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

Art. 24 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora a seguito di malattia o infortunio, occorresse accertare lo stato di salute dell'Assicurato, l'Impresa metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare la prima emergenza sanitaria.

Art. 25 - INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA

Qualora l'Assicurato, in viaggio in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, l'Impresa tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

Art. 26 - SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO

Quando successivamente ad una consulenza medica (vedi prestazione "Consulenza medica telefonica) emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita medica, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

Art. 27 - MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

Art. 28 - INVIO DI UN PEDIATRA IN CASO DI URGENZA

Qualora l'Assicurato, durante il soggiorno in Italia, necessiti di un pediatra e non riesca a reperirlo, l'Impresa tramite la Centrale Operativa a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, invierà il medico pediatra gratuitamente al domicilio dell'Assicurato.

La prestazione è valida solo 1 volta durante il periodo di copertura.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

Art. 29 - CONSULTO PSICOLOGICO IN CASO DI INFEZIONE DA COVID 19

La Centrale Operativa mette a disposizione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, il proprio personale specializzato nei consulti psicologici affinché l'Assicurato possa ricevere un primo supporto e le più opportune indicazioni in ordine alle modalità di gestione del disagio psicologico proprio o dei componenti il Nucleo familiare.

Prestazione valida esclusivamente in caso di ricovero ospedaliero a seguito dell'infezione da COVID-19.

Art. 30 - SECOND OPINION IN CASO DI INFEZIONE DA COVID 19

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica affinché l'Assicurato possa trasmettere copia della propria cartella clinica e ottenere dall'Impresa, anche con il supporto di medici specialisti di strutture convenzionate, una second opinion in merito al percorso diagnostico e terapeutico intrapreso.

Prestazione valida esclusivamente in caso di ricovero ospedaliero a seguito dell'infezione da COVID-19.

Art. 31 - INFORMAZIONI NUMERO DI EMERGENZA IN CASO DI INFEZIONE DA COVID 19

L'Impresa, attraverso la propria Centrale Operativa in funzione h24 e a seguito di richiesta dell'Assicurato, comunicherà telefonicamente i numeri di telefono istituiti dalle Autorità per la gestione delle vicende relative al contagio da Covid-19 (c.d. Coronavirus) e per le relative segnalazioni.

Art. 32 - BLOCCO E SOSTITUZIONE DELLE CARTE DI CREDITO

La Centrale Operativa, in caso di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito possedute dall'Assicurato durante il periodo di validità della polizza, si impegna ad avvisare le Aziende emittenti tali carte di credito, dal momento in cui l'Assicurato notifica il furto o lo smarrimento e si attiva al medesimo tempo per la cancellazione e per la sostituzione di dette carte di credito nonché per la richiesta di un loro duplicato, ove ciò sia possibile.

Art. 33 - ATTIVAZIONE SERVIZIO DI STREAMING VIDEO E QUOTIDIANI ON-LINE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura, la Centrale Operativa attiverà e l'Impresa prenderà in carico il costo dei seguenti servizi a favore dell'Assicurato:

- Un abbonamento temporaneo di streaming video per consentire la visione di programmi di intrattenimento attraverso i devices dell'Assicurato;
- Un abbonamento temporaneo ad un quotidiano on-line scelto dall'Assicurato.

Art. 34 - TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.

A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei.

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

Il rientro da paesi extraeuropei (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Art. 35 - RIENTRO DEI FAMILIARI O DEL COMPAGNO DI VIAGGIO

In caso di Trasporto sanitario dell'Assicurato, Trasporto della salma e Rientro del Convalescente, la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il rientro (aereo classe turistica o treno 1° classe) dei familiari purché assicurati o di un compagno di viaggio. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 36 - TRASPORTO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e **prendendo in carico le spese** necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto) fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma. La presente garanzia opererà anche nel caso in cui il decesso avvenga a causa di una malattia preesistente.

Art. 37 - VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento **fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare o per un'altra persona designata dall'Assicurato.**

La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 38 - ASSISTENZA AI MINORI

Qualora a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica, per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 39 - RIENTRO DEL VIAGGIATORE CONVALESCENTE

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla sua residenza con i mezzi inizialmente previsti la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro (in aereo classe turistica o treno 1° classe).

La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in Suo possesso.

Art. 40 - PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato, i famigliari o il compagno di viaggio, anch'essi assicurati, all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico e **l'Impresa terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino a un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno.**

Art. 41 - INVIO URGENTE DI MEDICINALI ALL'ESTERO

La Centrale Operativa provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali e solo in conseguenza di evento fortuito, infortunio o di malattia, all'inoltro a destinazione di medicinali indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali, gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato.

Art. 42 - INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e l'Impresa se ne assumerà il costo fino a € 1.000,00.

Art. 43 - ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese imprevedute conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di € 8.000,00 a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito.

Art. 44 - RIENTRO ANTICIPATO

La Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati.

Qualora non fosse possibile effettuare un'immediata valutazione del caso, al fine di verificare l'effettiva sussistenza di un imminente pericolo di vita, l'Impresa si riserva di rimborsare l'importo dei titoli di viaggio successivamente alla verifica della documentazione prodotta dall'Assicurato che attesti la riconducibilità del caso alla fattispecie assicurata.

La prestazione è altresì valida per danni materiali all'abitazione principale o secondaria, allo studio professionale o all'impresa dell'Assicurato che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza. Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente l'Impresa metterà a disposizione dell'Assicurato un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo. Le prestazioni sono operanti qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 45 - SPESE TELEFONICHE

L'Impresa prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa fino a concorrenza di € 100,00.

Art. 46 - TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

Art. 47 - SPESE DI SOCCORSO RICERCA E DI RECUPERO DELL'ASSICURATO

In caso di infortunio o malattia, le spese di ricerca e di soccorso dell'Assicurato sono garantite fino ad un importo di € 1.500,00 per persona a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

Art. 48 - ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO

L'Impresa anticiperà all'Estero, fino ad un importo di € 25.000,00 la cauzione penale disposta dall'autorità locale per porre in libertà provvisoria l'Assicurato. Poiché questo importo rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato dovrà designare una persona che metta contestualmente a disposizione l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato all'Impresa. Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente all'Impresa che, a sua volta, provvederà a sciogliere il vincolo di cui sopra. Questa garanzia non è valida per fatti conseguenti al commercio e spaccio di droghe o stupefacenti, nonché a partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

Art. 49 - SOCCORSO STRADALE E TRAINO

Se il veicolo rimane immobilizzato in seguito a guasto o a incidente, la Centrale Operativa invierà 24 ore su 24 e l'Impresa terrà a carico il relativo costo, il mezzo di soccorso sul luogo dell'immobilizzo, per trainare il veicolo al più vicino punto di assistenza della casa costruttrice o all'officina più vicina o eventualmente per effettuare sul posto piccoli interventi che permettano al veicolo di riprendere la marcia autonomamente. I costi dei pezzi di ricambio eventualmente utilizzati per l'effettuazione sul posto di piccoli interventi ed ogni altra spesa di riparazione sono a carico dell'Assicurato.

Inoltre il costo del soccorso sarà a carico dell'Assicurato qualora il guasto o l'incidente avvengano al di fuori della rete stradale pubblica o ad aree ad esse equivalenti (percorsi in circuito o fuori strada).

Se il veicolo rimane immobilizzata in autostrada in Italia, l'Assicurato dovrà far intervenire i mezzi di soccorso autorizzati, comunicandolo successivamente per telefono alla Centrale Operativa. Tale comunicazione è obbligatoria per poter usufruire del rimborso del soccorso, da parte della Centrale Operativa alla consegna della ricevuta emessa dal soccorritore autorizzato.

Art. 50 - INVIO PEZZI DI RICAMBIO

La Centrale Operativa provvederà alla ricerca e all'invio di pezzi di ricambio necessari alla riparazione del veicolo, qualora gli stessi non fossero reperibili nel luogo dove si è verificato il guasto o l'incidente. In caso di spedizione aerea, i ricambi saranno inviati presso l'Aeroporto più vicino al luogo ove si trovi il veicolo. In ogni caso le spese di acquisto dei pezzi di ricambio e doganali resteranno a carico dell'Assicurato.

Art. 51 - SPESE DI ALBERGO

Se il veicolo rimane immobilizzata in seguito a guasto o incidente e la riparazione può avvenire solo il giorno successivo, oppure è stata rubata costringendo i passeggeri che si trovano lontani dal proprio domicilio ad una sosta forzata, l'Impresa terrà a proprio carico il soggiorno in albergo per tutti gli occupanti del veicolo per un pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di € 100,00 a persona. Le spese diverse da quelle sopra indicate rimangono a carico dell'Assicurato.

Art. 52 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA E AL VEICOLO

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa.

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) unicamente nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'Assicurato. Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario (art. 34), l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere - a qualsiasi titolo, ragione o causa - dall'Impresa. Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere - a qualsiasi titolo, ragione o causa - dall'Impresa.

Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

In merito alle prestazioni di assistenza al veicolo sono esclusi:

- i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni;
- i veicoli di peso superiore a 35 quintali;
- i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati;
- i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico;
- i veicoli che comunque abilitati trasportino più di nove persone;
- i veicoli che trasportino un numero di passeggeri superiore a quanto indicato nel libretto di circolazione.

Art. 53 - RESPONSABILITÀ

L'Impresa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di eventi già esclusi ai sensi delle Condizioni Generali e particolari e a seguito di:

- disposizioni delle autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
- ogni circostanza fortuita od imprevedibile;
- cause di forza maggiore.

Art. 54 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

L'Assicurato è tenuto a consegnare all'Impresa i biglietti di viaggio non utilizzati a seguito delle prestazioni godute.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

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

Art. 55 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Assistenza

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

800.894123

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039.9890.702 comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome;
- Numero di polizza;
- Motivo della chiamata;
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarVi.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Altre garanzie

Tutti i sinistri devono essere denunciati attraverso una delle seguenti modalità:

- **via internet** (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero +39.039/9890.712 e per la garanzia Annullamento Viaggio al numero verde 800.894124.**

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

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

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:

IN CASO DI SPESE MEDICHE

- certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito;
- in caso di ricovero, copia completa della cartella clinica;
- prescrizione medica e originale delle notule, fatture, ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali, con le ricevute originali dei farmaci acquistati.
- numero della polizza.

IN CASO DI ASSISTENZA AL VEICOLO

- Copia libretto di circolazione
- originali dei documenti di spesa sostenuti
- numero della polizza.

NOTA IMPORTANTE

- Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali delle fatture delle riparazioni nonché gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.

L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. **La mancata produzione dei documenti sopra elencati, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.**

- È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

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

Importante!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'Assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codici ABI, CAB e CIN).

Per eventuali reclami scrivere a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 - 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

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. 1917 – Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile (1) l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'Assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'Assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'Assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

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 consorziali proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
 - soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
 - società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
 - Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.
- Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

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

8. Diritti dell'interessato

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

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



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

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