



INFORTUNI CONDUCENTE DI AUTOVEICOLI

MODELLO 79. INFORTUNI CONDUCENTE DI AUTOVEICOLI – EDIZIONE 01.01.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894147

NUMERO dall'estero
+39.039.9890720

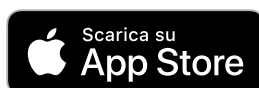
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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: Infortuni del Conducente

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

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza indennizza l'Assicurato o i suoi Beneficiari dei danni derivanti dagli Infortuni (anche in caso di Morte) derivanti dalla circolazione stradale. La polizza prevede altresì l'elargizione di una Diaria da Ricovero ospedaliero subito dall'Assicurato a seguito di Infortunio.



CHE COSA È ASSICURATO?

L'assicurazione vale, nei limiti previsti dalla combinazione di massimali scelta dal Contraente (vedasi Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione), per gli infortuni subiti dall'Assicurato o da persona dallo stesso autorizzata alla guida del veicolo identificato in polizza che, in qualità di Conducente, subisca un incidente di circolazione occorso al veicolo medesimo. Le coperture assicurative offerte dal contratto riguardano gli indennizzi all'Assicurato o ai Beneficiari dallo stesso designati o, in mancanza, ai suoi eredi per gli eventi di seguito indicati.

- **Morte:** L'indennità è pari alla somma assicurata ed è dovuta se la morte si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dall'infortunio.
- L'indennità per il caso di morte da infortunio non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Impresa corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità per il caso morte – se superiore – e quella già pagata per invalidità permanente.
- **Invalidità Permanente:** L'Impresa paga all'Assicurato un'indennità per le invalidità permanenti di grado superiore al 3% purché non derivanti da infortunio esplicitamente escluso. L'assicurazione è estesa agli infortuni:
 - i. sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcolici o di psicofarmaci oppure da uso di stupefacenti o di allucinogeni;
 - ii. subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi, nonché derivanti da aggressione, atti violenti e tumulti popolari aventi movente politico, sociale o sindacale, purché non vi sia partecipazione attiva e volontaria dell'Assicurato;
 - iii. subiti per rotture o guasti improvvisi verificatisi durante la circolazione.
- **Diaria da ricovero in Istituto di cura:** L'Impresa, in caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato a partire dal 4° giorno di ricovero, l'indennità giornaliera stabilita in polizza, per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale o in copia conforme, della cartella clinica completa rilasciata dall'istituto di cura.

N.B: Le coperture effettivamente operanti sono quelle riportate sul Modulo di Polizza sottoscritto dal Contraente/Assicurato.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ La parte di indennità dovuta per i primi 3 punti percentuali di invalidità rimane sempre a carico dell'Assicurato.
- ✗ L'impresa non indennizza i danni derivanti da infortuni che l'Assicurato/la persona dallo stesso autorizzata subisca mentre si trovi a bordo di un veicolo diverso da quello indicato nel Modulo di Polizza.
- ✗ Non sono compresi nella copertura assicurativa i danni verificatisi quando il veicolo non si trovi in circolazione.
- ✗ Non sono compresi nella copertura assicurativa i danni subiti dai trasportati.
- ✗ Non sono assicurabili i veicoli con targa estera (diversa da italiana, della Città del Vaticano e di San Marino).
- ✗ Non sono compresi nella copertura assicurativa i veicoli a noleggio, i taxi e i veicoli per scuola guida.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

L'Impresa non riconosce alcuna indennità per gli infortuni subiti dal conducente:

- ! in conseguenza della partecipazione a corse o gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti;
- ! derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, atti di guerra e insurrezioni;
- ! che siano conseguenze dirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti e, comunque, da effetti sia interni che esterni di emanazioni radioattive;
- ! sofferti dall'Assicurato in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad imprese temerarie;
- ! avvenuti quando l'autoveicolo descritto in polizza sia guidato da persona non munita della prescritta autorizzazione;
- ! avvenuti quando l'autoveicolo descritto in polizza sia in circolazione all'insaputa del proprietario, contro la sua volontà;
- ! da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate a fini pacifici.
- ! Dall'assicurazione inoltre sono escluse: le ernie di qualsiasi tipo anche discali, da qualunque causa determinate, le conseguenze di sforzi in genere nonché le manifestazioni morbose causate da fatti emotivi.
- ! L'assicurazione non è altresì operante nei confronti di coloro che, nell'espletamento della propria attività professionale, abbiano in consegna o conducano l'autoveicolo descritto in polizza a scopo di riparazione, controlli e collaudi.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ L'assicurazione vale per mondo intero.
- ✓ Indipendentemente dal luogo del verificarsi del sinistro, resta fermo che la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta Euro.



CHE OBBLIGHI HO?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente/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 all'Indennizzo.

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

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

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per le medesime persone e/o per gli stessi rischi, garantiti dal contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 Codice Civile.

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra, comporta per l'Assicurato la decadenza del diritto all'indennizzo".



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento del premio che è determinato per periodi di assicurazione annuale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il pagamento potrà avvenire per rate annuali o, a richiesta del Contraente/Assicurato, con frazionamento semestrale, e dovrà essere indirizzato all'Intermediario oppure direttamente all'Impresa.

Le modalità di pagamento del Premio previste sono: bonifico bancario, assegno o contanti (nei limiti previsti dalla Normativa Antiriciclaggio).

L'importo del premio è già comprensivo id imposte.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Il contratto sottoscritto dal Contraente avrà durata annuale, salva la possibilità di prevedere la durata poliennale (massimo 10 anni) che risulti dalla Scheda di polizza.

In mancanza di disdetta, il contratto si rinnova automaticamente ad ogni scadenza annuale per un altro anno e così successivamente di anno in anno.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il Contraente/Assicurato, onde evitare il tacito rinnovo del contratto, potrà inviare disdetta mediante lettera raccomandata AR o P.E.C. all'Impresa almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Qualora il presente contratto dovesse essere commercializzato mediante tecniche di comunicazione a distanza, l'Assicurato potrà recedere dallo stesso entro 14 giorni dalla data di conclusione dello stesso, avvenuta tramite il pagamento del premio. Il recesso potrà essere effettuato mediante raccomandata AR o P.E.C. indirizzata all'Impresa, contenente gli elementi identificativi del contratto e restituendo in originale la documentazione contrattuale ricevuta

Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro previa comunicazione da effettuarsi mediante lettera raccomandata AR o P.E.C. In tal caso al Contraente/Assicurato spetta la restituzione del premio pagato e non goduto al netto delle imposte.

ASSICURAZIONE INFORTUNI

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



Prodotto: Infortuni del Conducente
Versione n. 1 di Gennaio 2025 (ultimo disponibile)

Scopo

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

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

Società

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

Esercizio 2023

Bilancio approvato il 22/04/2024

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

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

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

Prodotto



CHE COSA È ASSICURATO?

Con riferimento all'oggetto della garanzia e delle singole prestazioni, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Si specifica che non sono previste opzioni che comportino una riduzione di premio o il pagamento di un premio aggiuntivo.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Per le prestazioni non riportate nel presente elenco, la copertura si intende operante senza limitazione alcuna fino al raggiungimento del valore assicurato indicato sul Modulo di Polizza:

- Morte: l'indennizzo non è cumulabile con quello per invalidità permanente;
- Invalidità permanente: l'indennizzo è erogato con una franchigia assoluta del 3% del grado di invalidità permanente;
- Diaria da ricovero: l'indennità è corrisposta a partire dal 4° giorno e per la durata massima di 100 giorni.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alla persona fisica o giuridica, con residenza o sede legale in territorio italiano, proprietaria o comunque utilizzatrice a qualsiasi titolo (purché lecito) di un veicolo (autovettura o autocarro) avente targa italiana, della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino, di cui indichi gli estremi identificativi nel Modulo di Polizza, che voglia assicurarsi contro le gli infortuni derivanti dalla circolazione dello stesso.



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.

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- 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. - La quantificazione dell'indennità spettante all'Assicurato, relativamente al grado di invalidità permanente, può essere demandata dall'Assicurato e dall'Impresa a due medici, nominati uno per parte, secondo le modalità e le regole previste dall'art. 26 delle Condizioni di Assicurazione.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale: - Ramo 1 – Infortuni (garanzia <i>Infortuni del Conducente</i>): imposte sul premio pari al 2,50%. 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/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – modifica del rischio	3
Art. 2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	3
Art. 3 – Durata del contratto.....	3
Art. 4 – Validità territoriale.....	3
Art. 5 – Assicurazione presso diversi assicuratori.....	3
Art. 6 – Oneri fiscali.....	3
Art. 7 – Rinvio alle norme di legge	3
Art. 8 – Rivalsa	3
Art. 9 – Facoltà di recesso su polizze di durata poliennale, facoltà di recesso bilaterale in caso di sinistro e diritto di ripensamento.....	3
Art. 10 – Trasferimento della proprietà del veicolo	4
Art. 11 – Risoluzione del contratto per furto/rapina	4
Art. 12 – Cessazione di rischio per demolizione, distruzione, rottamazione od esportazione definitiva del veicolo assicurato.....	4
Art. 13 – Sospensione in corso di contratto.....	4
Art. 14 – Cessione del contratto.....	4
Art. 15 – Foro competente	4
Art. 16 – Forza probatoria del contratto – Forma delle comunicazioni.....	4
Art. 17 – Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto	4
Art. 18 – Beneficiari.....	4
Art. 19 – Modifiche delle garanzie	4
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL’ASSICURAZIONE	5
CAPITOLO 1 – INFORTUNI DEL CONDUCENTE	5
Art. 20 – Oggetto dell’assicurazione	5
Art. 21 – Esclusioni.....	5
Art. 22 – Indipendenza da obblighi assicurativi e di legge	5
Art. 23 – Rinuncia al diritto di surrogazione	5
Art. 24 – Grado di invalidità permanente e riconoscimento dell’indennità.....	5
TABELLA (ANIA) PER LA LIQUIDAZIONE DELL’INDENNITÀ DI INVALIDITÀ PERMANENTE	7
Art. 25 – Determinazione dell’indennizzo	7
Art. 26 – Risoluzione delle controversie sul grado di invalidità.....	7
Art. 27 – Morte da infortunio.....	8
Art. 28 – Pagamento dell’indennità.....	8
Art. 29 – Diaria da ricovero	8
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	9
Art. 30 – Denuncia del sinistro	9
Art. 31 – Obblighi in caso di sinistro	9
Art. 32 – Pagamento dell’indennità.....	9
ALLEGATO 1 – COMBINAZIONI DI MASSIMALI.....	10
APPENDICE NORMATIVA	11
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).....	13

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

Assicurato: il soggetto (persona fisica o giuridica), avente cittadinanza italiana o della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino, il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

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

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

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

Chemioterapia oncologica: complesso delle terapie farmacologiche e delle tecniche impiegate nella loro somministrazione, utilizzate nel trattamento dei tumori;

Conducente: l'Assicurato o la persona dallo stesso autorizzata alla guida del veicolo identificato nel Modulo di Polizza;

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

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

Diaria: indennità giornaliera prevista a seguito di determinati eventi inerenti all'infortunio o alla malattia;

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

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

Eventi sociopolitici: danni causati al veicolo assicurato da eventi sociopolitici quali scioperi, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, vandalismo;

Franchigia: importo minimo che rimane a carico dell'Assicurato al momento dell'applicazione dello scoperto contrattualmente previsto;

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

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

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

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 e un infortunio del conducente;

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

Infortunio: evento dovuto a una causa accidentale e fortuita, violenta ed esterna che produce in capo all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili che siano oggetto della copertura della garanzia di polizza;

Intervento Chirurgico: azione terapeutica che viene attuata su tessuti viventi mediante uso di strumenti chirurgici, compresa la laserterapia e la criotecnica;

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

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

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio;

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

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

Modulo di Polizza: il documento sottoscritto dal Contraente che prova la stipulazione del presente contratto;

Nucleo familiare: tutte le persone che fanno parte dello stato di famiglia al momento del sinistro.

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa quale corrispettivo dell'obbligazione assunta dalla medesima;

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

Quattroruote: pubblicazione mensile dell'Editoriale Domus S.p.A.;

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

Radioterapia antitumorale: terapia che sfrutta l'azione biologica delle radiazioni;

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

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

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

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

Scoppio: il repentino dirompersi del serbatoio o dell'impianto di alimentazione per eccesso di pressione interna;

Scheda di Polizza: il documento che prova l'esistenza dell'assicurazione e le norme che regolano il rapporto tra Impresa e Contraente;

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

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

Usura: il deterioramento e logorio che qualsiasi materiale e parte meccanica subisce per il solo effetto dell'uso: l'usura s'individua tramite il confronto tra lo stato, il chilometraggio, il tempo d'uso constatati sui pezzi danneggiati e la potenziale media di funzionamento che gli è normalmente attribuita; la verifica sarà all'occorrenza attribuita a un perito;

Valore assicurato: il massimale a primo rischio assoluto, indicato in ogni garanzia o comunque il limite indennizzabile relativo;

Valore di indennizzo: è il valore di quanto indennizzabile, al lordo dell'applicazione di scoperti o franchigie.;

Veicolo: autovettura o autocarro a uso privato avente targa italiana, della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino, indicata in polizza. Sono esclusi tutti i veicoli a noleggio, i taxi e i veicoli per scuola guida;

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

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Infortuni Conducente Autoveicoli – Ultimo aggiornamento 01.01.2025

In questa sezione il contraente trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il contraente medesimo, prevedendo diritti ed obblighi a carico delle parti. Per una migliore lettura sono state evidenziate **in verde** le norme più importanti a cui prestare attenzione e le parti delle Condizioni di Assicurazione recanti esclusioni, decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.

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

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

Il Contraente e l'Assicurato devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti all'Impresa, possono comportare la perdita parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 c.c.).

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il contratto ha effetto dalla data indicata in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile).

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione annuale o pluriennale.

Resta fermo il disposto di cui all'articolo 1901 Codice Civile.

Su richiesta del Contraente, il pagamento del premio può essere frazionato in rate semestrali.

Le modalità di pagamento del Premio previste sono: bonifico bancario, assegno o contanti (nei limiti previsti dalla Normativa Antiriciclaggio).

Art. 3 – DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha durata annuale, salva la possibilità di prevedere una durata poliennale che risulti dalla Scheda di polizza, entro il limite massimo di 10 anni.

Alla scadenza del termine, il contratto si rinnova automaticamente per la durata di un anno.

Resta salva la facoltà di disdetta, che il Contraente deve trasmettere almeno 30 giorni prima del termine di scadenza del contratto.

Art. 4 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per mondo intero.

Art. 5 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per le medesime persone e/o per gli stessi rischi, garantiti dal contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 Codice Civile.

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra, comporta per l'assicurato la decadenza del diritto all'indennizzo. È facoltà dell'assicurato richiedere a ciascun Assicuratore l'importo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

Art. 6 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali, quelli stabiliti dalle norme legislative nonché quelli relativi all'esecuzione del presente contratto sono a carico del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 7 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 8 – 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, fermo restando che l'azione di rivalsa non sarà esercitata nei confronti dei trasportati.

Art. 9 – FACOLTÀ DI RECESSO SU POLIZZE DI DURATA POLIENNALE, FACOLTÀ DI RECESSO BILATERALE IN CASO DI SINISTRO E DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Qualora il presente contratto dovesse essere commercializzato mediante tecniche di comunicazione a distanza, l'Assicurato potrà recedere dallo stesso entro 14 giorni dalla data di conclusione dello stesso, avvenuta tramite il pagamento del premio. Il recesso potrà essere effettuato mediante raccomandata AR o p.e.c. indirizzata all'Impresa, contenente gli elementi identificativi del contratto e restituendo in originale la documentazione contrattuale ricevuta.

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata AR o della p.e.c. Alla ricezione di tutti i documenti, l'Impresa è tenuta a rimborsare, per tramite del Contraente, la parte di premio riferito al periodo non usufruito al netto delle imposte.

L'Assicurato, inoltre, nel caso di contratti poliennali, può recedere ad ogni ricorrenza annuale, con preavviso scritto, mediante lettera raccomandata AR o p.e.c. inviata all'Impresa, di almeno 60 giorni.

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/Assicurato o l'Impresa possono recedere dal contratto.

Il recesso ha effetto:

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

In caso di sinistro causato da malattia, l'Impresa potrà esercitare il diritto di recesso solo nei primi due anni della decorrenza del contratto.

In caso di recesso del Contraente/Assicurato, l'Impresa restituirà allo stesso la parte di premio pagata e non goduta, al netto delle imposte.

Art. 10 – TRASFERIMENTO DELLA PROPRIETÀ DEL VEICOLO

Il trasferimento della proprietà del veicolo o la sua consegna in conto vendita, comprovata mediante documentazione rilasciata da imprenditore regolarmente abilitato dalla CCIAA alla compravendita di veicoli determina la risoluzione del contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno della vendita del veicolo. In tale caso l'Impresa procederà al rimborso del premio pagato e non goduto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia residua, al netto delle imposte.

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

Art. 11 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER FURTO/RAPINA

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

Il Contraente deve darne notizia all'Impresa fornendo copia della denuncia presentata all'Autorità di pubblica sicurezza.

In tale caso, in assenza di sinistri liquidati o riservati, l'Impresa procederà al rimborso del premio pagato e non goduto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia residua, al netto delle imposte.

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

Art. 12 – CESSAZIONE DI RISCHIO PER DEMOLIZIONE, DISTRUZIONE, ROTTAMAZIONE OD ESPORTAZIONE DEFINITIVA DEL VEICOLO ASSICURATO

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

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

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

Il contratto si risolve dal momento della consegna della documentazione indicata al primo e secondo comma e, in assenza di sinistri liquidati o riservati, l'Impresa restituisce la parte di premio corrisposta e non goduta in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia residua dalla data dell'effettiva distruzione, demolizione, rottamazione o esportazione definitiva del veicolo assicurato, al netto delle imposte.

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

Art. 13 – SOSPENSIONE IN CORSO DI CONTRATTO

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

Art. 14 – CESSIONE DEL CONTRATTO

Non è prevista, per nessun motivo, la cessione delle coperture assicurative.

Art. 15 – FORO COMPETENTE

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

Art. 16 – FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Scheda di polizza firmata è il solo documento che attesta le condizioni regolatrici dei rapporti tra l'Impresa e il Contraente/Assicurato. Le comunicazioni che il Contraente/Assicurato intende effettuare durante il corso del contratto assicurativo, salvo che sia diversamente stabilito nella singola disposizione, devono essere trasmesse tramite l'indirizzo e-mail concordato tra le Parti o, in mancanza, tramite lettera raccomandata AR o p.e.c. indirizzata all'Impresa.

Art. 17 – PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

Art. 18 – BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Assicurato o gli aventi diritto di quest'ultimo (eredi legittimi o testamentari). Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1260, co. 2, del codice civile, le parti pattuiscono che l'Assicurato non potrà cedere a terzi i crediti derivanti dal presente contratto, a meno che l'Impresa abbia prestato il proprio consenso a tale cessione.

Art. 19 - MODIFICHE DELLE GARANZIE

Ogni modifica delle presenti garanzie deve risultare da atto sottoscritto dall'Impresa e dal Contraente.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione comprende un capitolo (*Infortuni del Conducente*) che disciplina la garanzia, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – INFORTUNI DEL CONDUCENTE

Art. 20 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa, nei limiti del massimale scelto (Allegato 1), assicura il Conducente per gli infortuni subiti in occasione della guida del veicolo identificato nel Modulo di Polizza in conseguenza di un incidente di circolazione. La garanzia è operante dal momento in cui il conducente sale a bordo del veicolo al momento in cui ne è disceso. All'assicurato conducente viene riconosciuta una somma determinata sulla base del capitale assicurato indicato nel Modulo di Polizza, a seguito di infortunio del conducente che comporti un'invalidità permanente o la morte. Più precisamente l'Impresa garantisce le seguenti prestazioni.

- L'invalidità permanente da infortunio del conducente: l'Impresa paga all'Assicurato un'indennità per le invalidità permanenti di grado superiore al 3% purché non derivanti da infortunio esplicitamente escluso. La parte di indennità dovuta per i primi 3 punti percentuali di invalidità rimane invece sempre a carico dell'Assicurato.
L'assicurazione è estesa agli infortuni:
 - sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, sempreché non determinati da abuso di alcolici o di psicofarmaci oppure da uso di stupefacenti o di allucinogeni;
 - subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
 - derivanti da aggressione, atti violenti e tumulti popolari aventi movente politico, sociale o sindacale, purché non vi sia partecipazione attiva e volontaria dell'Assicurato;
 - subiti a causa di rotture o guasti improvvisi verificatisi durante la circolazione.
- La morte da infortunio del conducente: qualora l'infortunio abbia quale conseguenza la morte del conducente del veicolo, l'Impresa paga l'indennità corrispondente alla somma assicurata indicata nel Modulo di Polizza ai Beneficiari designati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, agli eredi dello stesso.
- La diaria da ricovero del conducente: qualora l'infortunio abbia quale conseguenza il ricovero ospedaliero del conducente del veicolo, l'Impresa indennizza le relative spese nei modi e nei limiti indicati all'art. 29.

L'indennizzo per invalidità permanente e l'indennizzo per morte da infortunio non sono tra loro cumulabili.

Art. 21 - ESCLUSIONI

L'Impresa non riconosce alcuna indennità per gli infortuni subiti dal conducente:

- subiti in conseguenza della partecipazione a corse o gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti;
- derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, atti di guerra e insurrezioni;
- che siano conseguenze dirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti e, comunque, da effetti sia interni che esterni di emanazioni radioattive;
- sofferti dall'Assicurato in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad imprese temerarie;
- avvenuti quando l'autoveicolo descritto in polizza sia guidato da persona non munita della prescritta autorizzazione;
- avvenuti quando l'autoveicolo descritto in polizza sia in circolazione all'insaputa del proprietario, contro la sua volontà;
- da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate a fini pacifici.

Dall'assicurazione inoltre sono escluse: le ernie di qualsiasi tipo anche discali, da qualunque causa determinate, le conseguenze di sforzi in genere nonché le manifestazioni morbose causate da fatti emotivi.

L'assicurazione non è altresì operante nei confronti di coloro che, nell'espletamento della propria attività professionale, abbiano in consegna o conducano l'autoveicolo descritto in polizza a scopo di riparazione, controlli e collaudi.

Art. 22 – INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI E DI LEGGE

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

Art. 23 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

Art. 24 – GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE E RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la documentazione necessaria e valutato il danno, l'Impresa effettua il pagamento dell'indennità sulla base delle tabelle allegate tenendo conto della franchigia assoluta del 3%. Nello specifico, valgono le seguenti regole.

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale o la morte, l'Impresa corrisponde la somma assicurata.
- B) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicate nella Tabella delle invalidità ANIA di seguito riportata. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
- C) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori indicati nella seguente tabella, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazione anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella tabella, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- nel caso di menomazione di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

Se l'Assicurato, al momento dell'infortunio, ha già un grado di invalidità o comunque un qualsivoglia danno fisico derivante da infortuni pregressi, vengono pagate soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana ed integra.

Tabella esplicativa

IP % Accertata	% Liquidata	IP % Accertata	% Liquidata
1%	0%	51%	48%
2%	0%	52%	49%
3%	0%	53%	50%
4%	1%	54%	51%
5%	2%	55%	52%
6%	3%	56%	53%
7%	4%	57%	54%
8%	5%	58%	55%
9%	6%	59%	56%
10%	7%	60%	57%
11%	8%	61%	58%
12%	9%	62%	59%
13%	10%	63%	60%
14%	11%	64%	61%
15%	12%	65%	62%
16%	13%	66%	63%
17%	14%	67%	64%
18%	15%	68%	65%
19%	16%	69%	66%
20%	17%	70%	67%
21%	18%	71%	68%
22%	19%	72%	69%
23%	20%	73%	70%
24%	21%	74%	71%
25%	22%	75%	72%
26%	23%	76%	73%
27%	24%	77%	74%
28%	25%	78%	75%
29%	26%	79%	76%
30%	27%	80%	77%
31%	28%	81%	78%
32%	29%	82%	79%
33%	30%	83%	80%
34%	31%	84%	81%
35%	32%	85%	82%
36%	33%	86%	83%
37%	34%	87%	84%
38%	35%	88%	85%
39%	36%	89%	86%
40%	37%	90%	87%
41%	38%	91%	88%
42%	39%	92%	89%
43%	40%	93%	90%
44%	41%	94%	91%
45%	42%	95%	92%
46%	43%	96%	93%
47%	44%	97%	94%
48%	45%	98%	95%
49%	46%	99%	96%
50%	47%	100%	97%

TABELLA (ANIA) PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ DI INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennità per invalidità permanente parziale fermi i criteri di franchigia operanti verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità, facendo riferimento ai valori sotto elencati:

Tabella delle invalidità	Parte destra del corpo	Parte sinistra del corpo
Perdita anatomica o funzionale di:		
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita anatomica o funzionale di:		
un piede	40%	
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un dito del piede diverso dall'alluce	1%	
falange ungueale dell'alluce	2,5%	

Tabella delle invalidità	Parte destra del corpo	Parte sinistra del corpo
Anchilosi:		
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
12a dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale		
con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura del sacro	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
un orecchio	10%	
ambidue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	
Perdita anatomica di:		
un rene	15%	
della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

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

Art. 25 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Sulla base della documentazione ricevuta e/o degli accertamenti effettuati, l'Impresa formula all'Assicurato un'offerta di indennità. In caso di discordanza sulla determinazione dell'indennizzo, la questione può essere demandata da uno o più arbitri nominati con apposito atto.

Art. 26 - RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE SUL GRADO DI INVALIDITÀ

La quantificazione dell'indennità spettante all'Assicurato, relativamente al grado di invalidità permanente, può essere demandata dall'Assicurato e dall'Impresa a due medici, nominati uno per parte.

La controversia relativa alla determinazione del grado di invalidità può essere devoluta agli indicati medici solamente dopo che l'Impresa abbia accertato il diritto dell'Assicurato di percepire l'indennizzo contrattualmente previsto.

Qualora i due medici non raggiungano un accordo, le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno dal Contraente, uno dall'Impresa ed il terzo di comune accordo o, in mancanza, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna parte sostiene le proprie spese e paga il medico da essa designato, contribuendo per metà al pagamento delle spese e competenze per il terzo medico. Il Collegio medico ha la facoltà, qualora ne riscontri l'opportunità, di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a data da definirsi dal Collegio stesso; in tal caso, ove il Collegio medico abbia nel frattempo accertato un grado di invalidità permanente minimo, l'Impresa, in attesa della definizione del procedimento di accertamento, potrà procedere con il pagamento parziale dell'indennizzo nella misura minima stabilita dai periti medici. A definizione del procedimento di accertamento, l'Impresa procederà a liquidare l'eventuale conguaglio indennitario.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti sia per l'Impresa che per l'Assicurato.

Art. 27 – MORTE DA INFORTUNIO

L'indennità è pari alla somma assicurata ed è dovuta se la morte si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dall'infortunio.

L'indennità per il caso di morte da infortunio non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Impresa corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità per il caso morte – se superiore – e quella già pagata per invalidità permanente.

Art. 28 – PAGAMENTO DELL'INDENNITA'

Determinata l'invalidità conseguente all'infortunio e l'indennizzo dovuto, l'Impresa ne dà comunicazione agli interessati e dopo aver ricevuto notizia della loro accettazione, provvede al pagamento della somma indennitaria espressa in Euro. Il pagamento verrà indirizzato all'Assicurato ovvero, in caso di morte dello stesso, ai suoi Beneficiari o, in mancanza, eredi, in parti uguali.

Art. 29 – DIARIA DA RICOVERO

L'Impresa, in caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato a partire dal 4° giorno di ricovero, l'indennità giornaliera stabilita in polizza, per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione della copia conforme della cartella clinica completa rilasciata dall'istituto di cura.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 30 – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Beneficiario, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile, deve darne avviso scritto a NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (Via Lanzo, 29 – 10071 Borgaro Torinese - Torino, Tel.: 011 4518740 - Fax: 011 4518743, E-Mail: sinistri@nobis.it) entro 5 (cinque) giorni dall'evento oppure immediatamente da quando ne ha avuto conoscenza, indicando la data, il luogo, l'ora e le modalità del fatto nonché l'entità dello stesso, il nome ed il domicilio degli eventuali testimoni.

Nel caso di omissione dell'obbligo di avviso di cui sopra, l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, può perdere integralmente o parzialmente il diritto all'indennità.

Art. 31 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato in caso di sinistro deve:

- presentare denuncia nei termini e nei modi previsti dal precedente art. 31;
- fornire i dati che verranno richiesti relativi alla polizza e al sinistro;
- trasmettere il certificato medico.

Il decorso delle lesioni dev'essere documentato con invio all'Impresa di ulteriori certificati medici.

Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che risultino espressamente comprese nella copertura assicurativa dal Modulo di Polizza.

Se l'Assicurato non provvede nei suddetti termini ad effettuare la denuncia del sinistro non potrà beneficiare delle relative garanzie.

Art. 32 – PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ

L'Impresa si impegna a liquidare la prestazione a seguito della ricezione della documentazione completa comprovante il sinistro e ogni circostanza inerente al sinistro stesso entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione. L'accredito all'Assicurato da parte dell'Impresa dell'indennizzo liquidabile costituisce prova liberatoria di avvenuto pagamento della Prestazione.

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro, il pagamento sarà fatto solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorrono le esclusioni previste dall'art. 21 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Per eventuali reclami scrivere a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB – fax 039/6890432 - reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)
Fax 06.42133206 - PEC: ivass@pec.ivass.it

Gestione dei rapporti assicurativi via web

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

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

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero 039-9890714.

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.

NOTA IMPORTANTE

- L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato.
- È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

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

Importante!

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

ALLEGATO 1 – COMBINAZIONI DI MASSIMALI

Di seguito si riportano i possibili massimali – per sinistro e per anno assicurativo - che il Contraente/Assicurato può scegliere per ogni prestazione.

Si specifica che la selezione dei massimali incide sulla quantificazione del premio dovuto.

Morte	€ 50.000, € 60.000, € 80.000, € 100.000, € 120.000
Invalidità Permanente	€ 50.000, € 60.000, € 80.000, € 100.000, € 120.000
Diaria da Ricovero	€ 25, € 30, € 40, € 50, € 60 al giorno per max 100 giorni

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

Art. 1907 – Assicurazione parziale

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

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 – Criteri di redazione

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

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

Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), recante disposizioni in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia"), Titolare del trattamento dei dati personali, 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*);

4. Modalità di trattamento

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

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

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

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

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

5. Profilazione

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

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

8. Diritti dell'interessato

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

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

Notes



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

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