



UNICA INFORTUNI

MODELLO: UNICA INFORTUNI.2020-2025.001 – EDIZIONE 01.05.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI GLOBALE

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Base;
- b) Dip Aggiuntivo;
- c) Glossario;
- d) Condizioni di assicurazione;

che devono essere consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894149

NUMERO dall'estero
+39.039.9890722

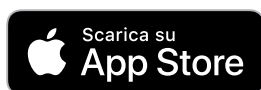
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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: Unica infortuni

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 polizza che ti protegge in caso di infortuni subiti durante lo svolgimento dell'attività professionale ("rischio professionale") e nel tempo libero ("rischio extraprofessionale") tutelando allo stesso tempo la stabilità economica della tua famiglia in caso di decesso.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ **Garanzia Infortuni** (garanzie BASE, valida solo se risultante dalla Scheda di polizza e se è stato corrisposto il relativo premio)

L'assicurazione vale per gli infortuni che lo stesso subisca nello svolgimento della propria attività professionale e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

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

derivanti da: imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati e vandalismo a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva;

subiti per: aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;

sofferiti in: stato di dolore od incoscienza;

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

Si intendono altresì comprese le rotture sottocutanee di tendini.

La garanzia comprende le seguenti prestazioni:

- **Caso di morte:** Se l'infortunio ha come conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della copertura assicurativa - entro due anni, dalla data dell'infortunio - l'Impresa corrisponde la somma assicurata stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione caso morte ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso "Morte" non è cumulabile con quello per "Invalidità permanente".

- **Invalidità permanente:** Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente (parziale o totale), l'Impresa corrisponde la somma assicurata in relazione a quanto indicato nella Tabella delle invalidità;

- **Rimborso spese mediche:** L'Impresa in caso di infortunio indennizzabile rimborsa all'Assicurato - sino alla concorrenza del massimale dichiarato nella Scheda di polizza - le spese sostenute, ivi compresi i ticket per le prestazioni fornite dal S.S.N., per: onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti; diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio); terapie fisiche e medicinali (entro il limite del 20% della somma assicurata); rette di degenza in Istituto di cura pubblico o privato; trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza;

- **Diaria da ricovero:** In caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio, l'Impresa corrisponde all'Assicurato la diaria per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni per evento e per periodo di assicurazione.

- **Day Hospital:** Qualora sia prestata la garanzia Diaria da ricovero, l'operatività della stessa si intende estesa al caso di day-hospital quando lo stesso sia di durata non inferiore a tre giorni continuativi, fatta eccezione per le festività, con un indennizzo pari al 50% di quanto previsto per la prestazione Diaria da ricovero per sinistro e per anno.

- **Diaria da gessatura:** Se in conseguenza dell'infortunio indennizzabile sia stata applicata "gessatura", l'Impresa si obbliga a corrispondere all'Assicurato la diaria da gessatura stabilita nella Scheda di polizza dal giorno dell'applicazione della stessa fino alla sua rimozione, e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per evento e 100 giorni per periodo di assicurazione.

- **Diaria senza ricovero - inabilità temporanea:** Se l'infortunio indennizzabile ha per conseguenza un'inabilità temporanea, l'Impresa, sempreché siano trascorsi almeno i giorni indicati in polizza quale franchigia per la prestazione "Diaria senza ricovero" da quello di avvenimento dell'infortunio, riconosce, la diaria stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione "Diaria senza ricovero" fino ad un massimo di 365 giorni nella misura:

a) del 100% per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue attività professionali principali e secondarie dichiarate;

b) del 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

La garanzia Infortuni è estesa inoltre alle seguenti prestazioni: (Garanzia sempre valida a condizione che sia stata acquistata almeno una delle garanzie di cui sopra)

- **Rischio volo:** La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso;

- **Ernie traumatiche o da sforzo;**

- **Morte presunta:** In caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di

aeromobili, accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro un anno, dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, l'Impresa corrisponderà la somma prevista per il caso di morte;

- **Indennità per commorienza genitori:** Qualora, in conseguenza di uno stesso evento indennizzabile, si verifichi il contemporaneo decesso a seguito di infortunio dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato, l'Impresa corrisponde ai loro figli un'indennità supplementare pari al 50% della somma assicurata per la prestazione caso morte;

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

- **Spese di rimpatrio:** Qualora dall'infortunio derivi un'invalidità permanente indennizzabile, superiore al 5%, e lo stesso infortunio richieda un immediato rimpatrio con il mezzo di trasporto più idoneo, l'Impresa provvederà a rimborsare le spese sostenute, fino alla concorrenza di euro 1.500,00 per sinistro e per anno;

- **Indennità per perdita anno scolastico:** Qualora l'Assicurato sia uno studente che risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e se, in conseguenza dell'infortunio stesso, si sia trovato nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, l'Impresa corrisponderà l'1% del massimale per il caso di invalidità permanente. Detto indennizzo verrà erogato a condizione che venga presentata specifica documentazione rilasciata dall'autorità scolastica.

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

Resta inteso che, laddove sia richiesto, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato avverrà solamente a condizione che venga fornita all'Impresa idonea documentazione fiscale in originale.

✓ **Garanzia Assistenza** (garanzia opzionale, attivabile solo congiuntamente alla garanzia Infortuni, a condizione che risulti dalla Scheda di polizza e sia corrisposto il relativo premio)

L'Impresa presta all'Assicurato le seguenti prestazioni di Assistenza:

• **Consulenza medica;**

• **Invio di un medico generico in Italia;**

• **Trasporto in autoambulanza in Italia:** Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo l'Impresa a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). **La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta l'anno ed è valida esclusivamente in Italia;**

• **Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato e rientro:** Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'Istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;

- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;

- aereo sanitario (solo per i Paesi Europei); aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato; treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto; autoambulanza, senza limiti di percorso;

- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le patologie che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative. Alla dimissione dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo (sopra menzionato) che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese dell'Impresa fino ad un importo massimo di euro 10.000,00 per sinistro e per anno, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa;

• **Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni:** Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al proprio domicilio, la

Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di rientrare al proprio domicilio. L'Impresa terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di euro 150,00 per sinistro. **La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta l'anno ed è valida esclusivamente in Italia;**

- **Invio di un infermiere in Italia:** Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere professionale, assumendone l'Impresa l'onorario fino ad un massimo euro 250,00 complessive per sinistro;
- **Viaggio di un familiare (operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato):** Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato in viaggio da solo necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di recarsi presso l'Assicurato ricoverato. L'Impresa terrà a proprio carico le relative spese;

- **Rientro sanitario (operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato):** Qualora, a seguito di infortunio, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente: a) aereo di linea classe economica, eventualmente in barella; b) treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto; c) autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese dell'Impresa, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa. L'Impresa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Resta inteso che, laddove non venga specificata nella singola prestazione, la garanzia "Assistenza" verrà fornita per un massimo di 3 volte per anno.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette al momento della stipulazione della polizza da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS. Resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile.
- ✗ Non risultano altresì assicurabili i soggetti con più di 75 anni e i soggetti non residenti in Italia o Repubblica di San Marino o Stato della Città del Vaticano.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ESCLUSIONI GENERALI PER LA GARANZIA INFORTUNI - Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) Cagionati da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- b) Cagionati dall'intervento, comunque intenso, delle Forze Armate dello Stato;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- d) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - di natanti a motore per uso non privato;
- e) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- f) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi elicotteri ed ultraleggeri), salvo quanto disposto nella garanzia Rischio volo;
- g) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleo- logia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- h) dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- i) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- j) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- k) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- l) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, alluvioni, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- o) da infarto, o in ogni caso, e le ernie, fatta eccezione, per queste ultime di quanto previsto nella garanzia Ernie traumatiche e da sforzo.

I rischi di cui alla lettera b) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata all'interno della Scheda di polizza.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA RISCHIO VOLO: L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; su aeromobili di aeroclubs; su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come elicotteri, ultraleggeri, parapendio).

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore a 365 giorni.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA RISCHIO GUERRA: Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e Repubblica di San Marino. Si intendono tuttavia esclusi i rischi atomici ed il Rischio Volo.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA DIARIA DA GESSATURA: La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione, che ha comportato l'applicazione della "gessatura", riguardi singole dita dei piedi e delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.

ESCLUSIONI GENERALI PER LA GARANZIA ASSISTENZA - Tutte le prestazioni di Assistenza non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;
- d) infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA RIENTRO SANITARIO:

Non danno luogo alla prestazione:

- le patologie che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

La prestazione non è altresì dovuta 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.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ L'assicurazione per il Capitolo Infortuni vale per il mondo intero.
La diaria giornaliera (qualora prevista), al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di dimissione ospedaliera ovvero al rientro in Europa dell'Assicurato.
- ✓ L'assicurazione per il Capitolo Assistenza vale per il mondo intero.
- ✓ Quando nelle singole prestazioni si fa riferimento alla estensione territoriale limitata all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.
Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.
Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun periodo di assicurazione di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni. Tutte le prestazioni assistenza sono fornite non più di tre volte per periodo di assicurazione.



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 per periodi di assicurazione annuale. 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.

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

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

La durata della copertura assicurativa scelta dal Contraente/Assicurato è compresa da 1 a 10 anni con tacito rinnovo.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR o p.e.c. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato di un anno e così successivamente, salvo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

Nel caso in cui il Contraente selezioni una durata poliennale verrà riconosciuta una riduzione di premio rispetto alla stessa copertura con durata annuale nella misura di seguito indicata:

- sconto del 2% se il contratto ha durata di 2 anni;
- sconto del 3% se il contratto ha durata di 3 anni;
- sconto del 4% se il contratto ha durata di 4 anni;
- sconto del 5% se il contratto ha durata di 5 anni o superiore.

A fronte della suddetta riduzione di premio, il Contraente non potrà esercitare la facoltà di recesso del contratto per i primi cinque anni, come previsto dall'Art. 1899 C.C.

Diversamente, se espressamente richiamata nella Scheda di polizza la formula con durata senza tacito rinnovo, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

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

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato.

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

ASSICURAZIONE MULTIGARANZIA

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



Prodotto: Unica infortuni
Versione del 1° 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?

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

Il presente prodotto prevede la garanzia Infortuni come prestazione base, sempre operante. Le garanzie Estensione garanzia infortuni, Assistenza ed Estensione garanzia Assistenza sono facoltative.

Non sono previste opzioni che comportino una riduzione di premio.

Invalità Permanente

- Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, l'Impresa corrisponde la somma assicurata stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione invalidità permanente.
- Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità Permanente in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicate nella Tabella delle invalidità.
- Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella Tabella delle invalidità, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso di frattura semplice o scomposta di falangi della mano o del piede senza riscontro radiografico di ulteriori fatti lesivi, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato del 1%;
 - nel caso di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo (così detto colpo di frusta) l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato del 2%;
 - nel caso di distorsione al ginocchio od alla caviglia senza riscontro radiografico di ulteriori fatti lesivi non si procederà ad alcun indennizzo considerando pari a 0% l'Invalidità Permanente che ne consegue;
 - nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella delle invalidità e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole

	percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi. e) In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro. Ernie traumatiche o da sforzo A parziale deroga delle Condizioni di assicurazione la garanzia si intende estesa alle lesioni muscolari da sforzo e alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente alla invalidità permanente e alla diaria giornaliera, con l'intesa che: - la copertura assicurativa è operante dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia; - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per la diaria senza ricovero se prevista, fino ad un massimo di 30 giorni; - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10%, della somma assicurata per il caso di invalidità totale; - qualora insorga, contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico. Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre: - dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa previste; - dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.
Garanzie Aggiuntive Infortuni	ESTENSIONE DI GARANZIA A) Tabella INAIL per la prestazione invalidità permanente A parziale deroga della garanzia Invalidità permanente, la tabella delle percentuali di invalidità ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000). In qualsiasi caso, relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato al 3%. B) Maggiorazione 65=100 per il caso di invalidità permanente L'invalidità permanente accertata in base alle condizioni di polizza, di grado pari o superiore al 65% (sessantacinque per cento) è considerata invalidità permanente totale (100%). C) Maggiorazione progressiva della prestazione invalidità permanente per grado di I.P. maggiore del 30% Per gradi di invalidità permanente accertata, in base alle condizioni di polizza, di grado superiore al 30% la percentuale di invalidità permanente da conteggiarsi per la liquidazione del sinistro si intende modificata come da tabella. D) Maggiorazione progressiva della prestazione invalidità permanente per grado di I.P. maggiore del 20% Per gradi di invalidità permanente accertata, in base alle condizioni di polizza, di grado superiore al 20% la percentuale di invalidità permanente da conteggiarsi per la liquidazione del sinistro si intende modificata come da tabella.
Garanzie Aggiuntive Assistenza	Assistenza domiciliare integrata Le prestazioni che seguono sono fornite al domicilio, purché situato in Italia, dell'Assicurato dopo le sue dimissioni da un ricovero, dovuto a infortunio, della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico: 1. Assistenza domiciliare post ricovero La Centrale Operativa, su richiesta scritta da parte del medico curante dell'Assicurato, organizza e gestisce la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di personale medico e paramedico convenzionato per un massimo di 15 giorni consecutivi dopo le dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dalla Centrale Operativa in accordo con il medico curante dell'Assicurato. La Centrale Operativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso. 2. Prestazioni professionali post ricovero Qualora l'Assicurato necessiti di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o para- medico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di un professionista fino ad un massimo di 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo. La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso. 3. Servizi sanitari post ricovero Qualora l'Assicurato necessiti di: - eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie ed altri accertamenti diagnostici, purché effettuabili al domicilio; - usufruire del ritiro e della consegna al proprio domicilio degli esiti di esami ed accertamenti diagnostici; - usufruire della consegna al proprio domicilio di farmaci e articoli sanitari; - la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino a 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo. La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso. 4. Servizi non sanitari post ricovero Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, incombenze amministrative, disbrigo di faccende domestiche, sorveglianza minori, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare proprio personale di servizio fino a 10 ore complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo. La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Le esclusioni delle garanzie sono state dettagliatamente elencate all'interno del Dip Base.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Infortuni	Limite di indennizzo per sinistri catastrofici Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà comunque superare l'importo di euro 1.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte. Limite d'età degli Assicurati per la garanzia Infortuni Sia il Contraente/Assicurato che l'Impresa, ad ogni scadenza del periodo di assicurazione successivo al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'assicurazione relative a tale persona con preavviso di almeno 60 giorni. Determinazione dell'indennizzo da liquidare per invalidità permanente per la garanzia Infortuni La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità: a) sulla parte di somma assicurata fino a euro 150.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore all'aliquota percentuale indicata nella Scheda di polizza (franchigia personalizzabile da 0% a 20%); qualora l'invalidità permanente accertata risulti superiore alla percentuale indicata nella Scheda di polizza l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente; b) sulla parte di somma assicurata eccedente euro 150.000,00 non si farà mai luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 6% della totale oppure del maggior valore percentuale risultante nella Scheda di polizza (franchigia personalizzabile fino al 20%); qualora l'invalidità permanente risulti superiore alla "Franchigia" effettivamente operante, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente. Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 21% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'indennizzo è pari alla valutazione dello stesso di cui all'Art. 15.3 delle Condizioni di Assicurazione. Attività diversa da quella dichiarata per la garanzia Infortuni Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata nella Scheda di polizza, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione all'Impresa, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività: - l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio; - l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio. A tal fine per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata nella Scheda di polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla Tabella delle attività di cui all'allegato A. Quanto disposto dal presente articolo non si applica nei casi di estensione della garanzia previsti dalla garanzia - Infortuni occorsi durante il servizio volontario.
-----------	---



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto Unica Infortuni è rivolto a persone fisiche di età inferiore a 75 anni, che intendono assicurarsi contro infortuni subiti nel corso dell'attività professionale e/o extra professionale e con esigenze di protezione della persona e del patrimonio.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Il Contraente/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 rischio assicurando e le garanzie prescelte.

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 35,13% 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 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	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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale: - Ramo 1 – Infortuni: imposte sul premio pari al 2,50%; - Ramo 18 – Assistenza: imposte sul premio pari al 10%. Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono detraibili al 19 % nei seguenti casi e alle seguenti condizioni. • Infortuni (Ramo 1 se il conducente è identificato in polizza): per rischio morte o invalidità permanente superiore al 5%, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti. • Infortuni (Ramo 1): per la tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL). In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile.
---	--

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI 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	3
Art. 2 – Aggravamento del rischio	3
Art. 3 – Diminuzione del rischio	3
Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	3
Art. 5 – Durata, rinnovo e disdetta	3
Art. 6 – Recesso in caso di sinistro	3
Art. 7 – Estensione territoriale	3
Art. 8 – Modifiche dell'assicurazione	4
Art. 9 – Oneri fiscali	4
Art. 10 – Foro competente e rinvio alle norme di legge	4
Art. 11 – Altre assicurazioni	4
Art. 12 – Altre assicurazioni per il capitolo Assistenza	4
Art. 13 – Persone non assicurabili	4
Art. 14 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici	4
SEZIONE III – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	5
CAPITOLO 1 – INFORTUNI	5
Art. 15 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Capitolo Infortuni <i>(garanzie BASE, valida solo se risultante dalla Scheda di polizza e se è stato corrisposto il relativo premio)</i>	5
15.1 – Rischio assicurato	5
15.2 – Caso di morte	5
15.3 – Invalidità Permanente	5
15.4 – Rimborso spese mediche	6
15.5 – Diaria da ricovero	6
15.6 – Day-hospital	7
15.7 – Diaria da gessatura	7
15.8 – Diaria senza ricovero - inabilità temporanea	7
Art. 15 Bis – Estensione di garanzia Infortuni	7
Art. 16 – Prestazioni assicurative per il Capitolo Infortuni <i>(garanzie sempre valide solo a condizione che si sia attivata almeno una delle garanzie di cui all'art. 15)</i>	9
16.1 – Rischio volo	9
16.2 – Ernie traumatiche o da sforzo	9
16.3 – Morte presunta	9
16.4 – Indennità per commorienza genitori	9
16.5 – Rischio di guerra	9
16.6 – Spese di rimpatrio	9
16.7 – Indennità per perdita anno scolastico	9
16.8 – Danno estetico	9
Art. 17 – Esclusioni valide per la garanzia Infortuni	10
Art. 18 – Limite d'età degli Assicurati per la garanzia Infortuni	10
Art. 19 – Diritto di surrogazione per la garanzia Infortuni	10
Art. 20 – Anticipi sulla liquidazione dell'indennizzo	10
Art. 21 – Attività diversa da quella dichiarata per la garanzia Infortuni	10
Art. 22 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per la garanzia Infortuni	11
Art. 22 BIS – Determinazione dell'indennizzo da liquidare per invalidità permanente per la garanzia Infortuni	11
Art. 23 – Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni	11
CAPITOLO 2 – ASSISTENZA	11
<i>(garanzia opzionale, attivabile solo congiuntamente alla garanzia Infortuni, a condizione che risulti dalla Scheda di polizza e sia corrisposto il relativo premio)</i>	11
Art. 24 – Attivazione della Centrale Operativa per il Capitolo Assistenza	11
Art. 25 – Cosa comprende l'Assicurazione Base per il Capitolo Assistenza	11
Art. 26 – Esclusioni valide per l'assicurazione Base per il Capitolo Assistenza	12
Art. 27 – Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative per la garanzia Assistenza	13
Art. 28 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per la garanzia Assistenza	13
Art. 29 – Garanzie Estese per la garanzia Assistenza <i>(Operanti a condizione che venga attivato il pacchetto Base dell'Assistenza)</i>	13
Art. 29 Bis – Esclusioni valide per le garanzie Estese del Capitolo Assistenza	13
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	14
Art. 30 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato	14
Art. 31 – Richiesta di assistenza per la garanzia Assistenza	14
Art. 32 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale	14
Art. 33 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione	14
ALLEGATO A - Tabella delle attività per il Settore Infortuni	16
APPENDICE NORMATIVA	20
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)	22

SEZIONE I – GLOSSARIO

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 o pluralità di soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione e che risulta identificato nella Scheda di polizza.

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.

Centrale operativa: È la struttura Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. – Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB) – costituita da tecnici e operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

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

Contraente: Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

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

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

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

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

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

Massimale: È la somma assicurata che costituisce il limite massimo dell'indennizzo dovuto dall'Impresa.

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

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

Polizza/Scheda di Polizza: il documento che prova la valida stipula del contratto di assicurazione.

Premio: La somma dovuta dal Contraente/Assicurato all'Impresa.

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

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

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

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

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

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

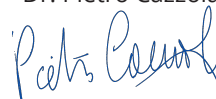
Termini di Aspettativa - Carenza: Periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza assicurativa e l'inizio della garanzia, durante il quale la copertura assicurativa per la/le prestazione/i indicata/e si intende operante.

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

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

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

Il Rappresentante legale
Dr. Pietro Cazzola



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione Unica Infortuni - Mod. UNICA INFORTUNI 2020-2025.001 - Ultimo aggiornamento 01/05/2025

In questa sezione il Contraente trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il Contraente/Assicurato 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

L'Impresa presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente/Assicurato. In particolare, il Contraente/Assicurato dichiara di non trovarsi in una delle condizioni di non assicurabilità indicate all'art. 13 delle presenti Condizioni di Assicurazione, di non essere affetto da difetti fisici, mutilazioni, malattie in atto e postumi invalidanti.

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

Art. 2 – Aggravamento del rischio

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 del Codice Civile).

Art. 3 – Diminuzione del rischio

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

Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

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

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. I premi devono essere pagati all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza, oppure all'Impresa.

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

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

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

Art. 5 – Durata, rinnovo e disdetta

La durata della copertura assicurativa scelta dal Contraente/Assicurato è compresa da 1 a 10 anni con tacito rinnovo.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR o p.e.c. spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato di un anno e così successivamente, salvo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

Nel caso in cui il Contraente selezioni una durata poliennale verrà riconosciuta una riduzione di premio rispetto alla stessa copertura con durata annuale nella misura di seguito indicata:

- sconto del 2% se il contratto ha durata di 2 anni;
- sconto del 3% se il contratto da durata di 3 anni;
- sconto del 4% se il contratto ha durata di 4 anni;
- sconto del 5% se il contratto ha durata di 5 anni o superiore.

A fronte della suddetta riduzione di premio, il contraente non potrà esercitare la facoltà di recesso del contratto per i primi cinque anni, come previsto dall'Art. 1899 C.C.

Diversamente, se espressamente richiamata nella Scheda di polizza la formula con durata senza tacito rinnovo, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Art. 6 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata AR (Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., viale Colleoni 21, 20864 Agrate Brianza) o p.e.c. (nobisassicurazioni@pec.it)

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato.

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

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

Art. 7 – Estensione territoriale

L'assicurazione per il Capitolo Infortuni vale per il mondo intero.

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

L'assicurazione per il Capitolo Assistenza vale per il mondo intero.

Quando nelle singole prestazioni si fa riferimento alla estensione territoriale limitata all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun periodo di assicurazione di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Tutte le prestazioni assistenza, salvo quanto descritto nella singola prestazione, sono fornite non più di tre volte per periodo di assicurazione.

Art. 8 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 9 – Oneri fiscali

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

Art. 10 – Foro competente e rinvio alle norme di legge

Il foro competente è quello del luogo in cui il Contraente/Assicurato ha la residenza o il domicilio elettivo.

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

Art. 11 – Altre assicurazioni

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti con la presente polizza. Non sono comprese in questo obbligo, relativamente al Settore Infortuni, le assicurazioni collettive o di gruppo aventi per Contraente una persona diversa dal Contraente/Assicurato di questa polizza ed assicuranti una pluralità di persone sconosciute dal Contraente/Assicurato (conti correnti bancari, carte di credito, assicurazioni minimali derivanti dall'iscrizione ad associazioni sportive, culturali e simili, ecc.); non sono pure comprese le assicurazioni stipulate dal Contraente/Assicurato per una somma globale assicurata non eccedente gli euro 60.000,00 rispettivamente per il caso Morte e per il caso invalidità permanente. In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 12 – Altre assicurazioni per il capitolo Assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra Impresa Assicurativa, le suddette prestazioni saranno operanti nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'Impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Art. 13 – Persone non assicurabili

La presente copertura non opera nei confronti dei soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Non risultano altresì assicurabili i soggetti con più di 75 anni e i soggetti non residenti in Italia o Repubblica di San Marino o Stato della Città del Vaticano.

Resta inteso che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 14 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici

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

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

SEZIONE III – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Questa sezione è composta da due capitoli (Infortuni - Assistenza) che disciplinano le garanzie oggetto della presente Assicurazione, incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – INFORTUNI

Art. 15 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Capitolo Infortuni

(garanzie BASE, valida solo se risultante dalla Scheda di polizza e se è stato corrisposto il relativo premio)

15.1 – Rischio assicurato

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento della propria attività professionale, dichiarata nella Scheda di polizza ("rischio professionale") che dovrà essere sempre compilata al momento della sottoscrizione del contratto, e/o di ogni altra attività che egli compia senza carattere di professionalità ("rischio extraprofessionale").

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

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

subiti per:

- aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;

sofferti in:

- stato di maleore od incoscienza;

dovuti a:

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

Si intendono altresì comprese le rotture sottocutanee di tendini.

La garanzia è operante purché l'evento sia cagionato da infortunio.

15.2 - Caso di morte

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

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

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

15.3 - Invalidità Permanente

- Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, l'Impresa corrisponde la somma assicurata stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione invalidità permanente.
- Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità Permanente in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicate nella Tabella delle invalidità sottostante.
- Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella Tabella delle invalidità sottostante, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso di frattura semplice o scomposta di falangi della mano o del piede senza riscontro radiografico di ulteriori fatti lesivi, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato del 1%;
 - nel caso di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo (così detto colpo di frusta) l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato del 2%;
 - nel caso di distorsione al ginocchio od alla caviglia senza riscontro radiografico di ulteriori fatti lesivi **non si procederà ad alcun indennizzo considerando pari a 0% l'Invalidità Permanente che ne consegue;**
 - nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella delle invalidità sottostante e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
- In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Tabella delle invalidità	Parte destra del corpo	Parte sinistra del corpo
arto superiore	70%	60%
mano o avambraccio	60%	50%
un occhio	25%	
entrambi gli occhi	100%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
totale voce	30%	
un piede	40%	
entrambi i piedi	100%	
arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%	
arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio della gamba	50%	
pollice	18%	16%
indice	14%	12%
medio o anulare	8%	6%
mignolo	12%	10%
la falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
anchilosi tibio-tarsica con anchilosi della sotto astraglica	15%	
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
una vertebra dorsale	5%	
12" dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
esiti di frattura di un metaniero sacrale	3%	
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
esiti di rottura sottocutanea da sforzo del bicipite brachiale	4%	3%
esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille	4%	
significative della crasi ematica	8%	

15.4 - Rimborso spese mediche

L'Impresa in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza rimborsa all'Assicurato - sino alla concorrenza del massimale dichiarato nella Scheda di polizza per la prestazione Rimborso Spese Mediche - le spese sostenute, ivi compresi i ticket per le prestazioni fornite dal S.S.N., per:

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

Il rimborso è condizionato alla presentazione della documentazione fiscale in originale di quanto pagato per le spese sopraindicate entro 30 giorni dal termine delle cure mediche.

15.5 - Diaria da ricovero

In caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile ai termini di polizza l'Impresa corrisponde all'Assicurato la diaria da ricovero stabilita nella Scheda di polizza, per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 100 giorni per evento e per periodo di assicurazione. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero.

15.6 - Day-hospital

Qualora sia prestata la garanzia Diaria da ricovero, l'operatività della stessa si intende estesa al caso di Day-hospital quando lo stesso sia di durata non inferiore a tre giorni continuativi, fatta eccezione per le festività, con un indennizzo pari al 50% di quanto previsto per la prestazione "Diaria da ricovero" per sinistro e per anno.

15.7 - Diaria da gessatura

Se in conseguenza dell'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, sia stata applicata una "gessatura" l'Impresa si obbliga a corrispondere all'Assicurato la diaria da gessatura, stabilita nella Scheda di polizza, dal giorno dell'applicazione della stessa fino alla sua rimozione, e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per evento e 100 giorni per periodo di assicurazione. La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione, che ha comportato l'applicazione della "gessatura", riguardi singole dita dei piedi e delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il motivo e la durata della gessatura.

15.8 - Diaria senza ricovero - inabilità temporanea

Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza un'inabilità temporanea, l'Impresa, sempreché siano trascorsi almeno i giorni indicati in polizza quale franchigia per la prestazione "Diaria senza ricovero" da quello di avvenimento dell'infortunio, riconosce la diaria stabilita nella Scheda di polizza per la prestazione "Diaria senza ricovero" fino ad un massimo di 365 giorni nella misura:

- del 100% per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- del 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo viene effettuato a guarigione avvenuta, previa presentazione di tutta la documentazione necessaria nella sua versione originale.

Art. 15 Bis - Estensione di garanzia Infortuni

Estensione di garanzia operante solo se risulta acquistata la garanzia "Infortuni", a condizione che sia indicata nella Scheda di polizza e sia stato corrisposto il relativo premio.

A) Tabella INAIL per la prestazione invalidità permanente.

A parziale deroga dell'Art. 15.3, la tabella delle percentuali di invalidità ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).

In qualsiasi caso, relativamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, l'indennizzo verrà effettuato facendo riferimento ad un valore massimo fissato al 3%.

B) Maggiorazione 65=100 per il caso di invalidità permanente.

L'invalidità permanente accertata in base alle condizioni di polizza, di grado pari o superiore al 65% (sessantacinque per cento) è considerata invalidità permanente totale (100%).

C) Maggiorazione progressiva della prestazione invalidità permanente per grado di I.P. maggiore del 30%.

Per gradi di invalidità permanente accertata, in base alle condizioni di polizza, di grado superiore al 30% la percentuale di invalidità permanente da conteggiarsi per la liquidazione del sinistro si intende modificata come da seguente tabella:

Percentuale (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale (%) di Invalidità Permanente maggiorata	Percentuale (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale (%) di Invalidità Permanente maggiorata
Da 1 a 30 compreso	Pari al grado accertato ferme le franchigie di cui all'Art. 22	66	102
31	33	67	104
32	34	68	106
33	36	69	108
34	38	70	110
35	40	71	113
36	42	72	116
37	44	73	119
38	46	74	122
39	48	75	125
40	50	76	128
41	52	77	131
42	54	78	134
43	56	79	137
44	58	80	140
45	60	81	143
46	62	82	146
47	64	83	149
48	66	84	152
49	68	85	155
50	70	86	158

51	72	87	161
52	74	88	164
53	76	89	167
54	78	90	170
55	80	91	173
56	82	92	176
57	84	93	179
58	86	94	181
59	88	95	184
60	90	96	187
61	92	97	190
62	94	98	193
63	96	99	196
64	98	100	200
65	100	=	=

D) Maggiorazione progressiva della prestazione invalidità permanente per grado di I.P. maggiore del 20%.

Per gradi di invalidità permanente accertata, in base alle condizioni di polizza, di grado superiore al 20% la percentuale di invalidità permanente da conteggiarsi per la liquidazione del sinistro si intende modificata come da seguente tabella:

Percentuale (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale (%) di Invalidità Permanente maggiorata	Percentuale (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale (%) di Invalidità Permanente maggiorata
Da 1 a 20 compreso	Pari al grado accertato ferme le franchigie di cui all'Art.22 BIS	58	106
21	23	59	109
22	25	60	112
23	27	61	115
24	29	62	118
25	31	63	121
26	33	64	124
27	35	65	127
28	37	66	130
29	39	67	133
30	41	68	136
31	43	69	139
32	45	70	142
33	47	71	145
34	49	72	148
35	51	73	151
36	53	74	154
37	55	75	157
38	57	76	160
39	59	77	163
40	61	78	166
41	63	79	169
42	65	80	172
43	67	81	175
44	69	82	178
45	71	83	181
46	73	84	184
47	75	85	187
48	77	86	190
49	79	87	193
50	82	88	196
51	85	89	199
52	88	90	203
53	91	91	207
54	94	92	211
55	97	93	215
56	100	94	219
57	103	da 95 a 100	225

Art. 16 – Prestazioni assicurative per il Capitolo Infortuni

(garanzie sempre valide solo a condizione che si sia attivata almeno una delle garanzie di cui all'art. 15)

16.1 - Rischio volo

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

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali per esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

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

16.2 - Ernie traumatiche o da sforzo

A parziale deroga delle Condizioni Generali la garanzia si intende estesa alle lesioni muscolari da sforzo e alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente alla invalidità permanente e alla diaria giornaliera, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa è operante dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per la diaria senza ricovero se prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10%, della somma assicurata per il caso di invalidità totale;
- qualora insorga, contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 32 "Determinazione dell'indennizzo - Perizia Contrattuale" delle Norme che regolano i sinistri.

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

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

16.3 - Morte presunta

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

16.4 - Indennità per commorienza genitori

Qualora, in conseguenza di uno stesso evento, si verifichi il contemporaneo decesso, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato, l'Impresa corrisponde ai loro figli minorenni conviventi ed a quelli, anche maggiorenni, portatori di handicap, un'indennità supplementare pari al 50% della somma assicurata per la prestazione caso morte.

16.5 - Rischio di guerra

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

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

Si intendono tuttavia esclusi i rischi atomici di cui all'Art. 17, ed il Rischio Volo di cui all'Art. 16.1 delle Condizioni di assicurazione.

16.6 - Spese di rimpatrio

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

16.7 - Indennità per perdita anno scolastico

Qualora l'Assicurato sia uno studente che risulti regolarmente iscritto ad una scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e se, in conseguenza dell'infortunio stesso, si sia trovato nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, l'Impresa corrisponderà l'1% del massimale per il caso di invalidità permanente.

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

16.8 - Danno estetico

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

Resta inteso che le summenzionate spese devono essere provate attraverso la presentazione di regolare documentazione fiscale in originale.

Art. 17 – Esclusioni valide per la garanzia Infortuni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) Cagionati da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- b) Cagionati dall'intervento, comunque intenso, delle Forze Armate dello Stato;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- d) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - di natanti a motore per uso non privato;
- e) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- f) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente Art. 16.1 - Rischio volo;
- g) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- h) dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- i) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- j) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- k) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- l) da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, alluvioni, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- o) da infarto, o in ogni caso, e le ernie, fatta eccezione, per queste ultime - di quanto previsto dall'Art. 16.2 - Ernie traumatiche e da sforzo.

I rischi di cui alla lettera b) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata all'interno della Scheda di polizza.

Art. 18 – Limite d'età degli Assicurati per la garanzia Infortuni

Sia il Contraente/Assicurato che l'Impresa, ad ogni scadenza del periodo di assicurazione successivo al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'assicurazione relative a tale persona con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 19 – Diritto di surrogazione per la garanzia Infortuni

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

Art. 20 - Anticipi sulla liquidazione dell'indennizzo

Trascorsi 60 giorni dal termine della cura medica, l'Assicurato a cui risulti un'invalideria permanente di grado superiore al 24%, potrà richiedere all'Impresa un anticipo pari alla metà di quello che gli spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di liquidazione definitiva.

Art. 21 – Attività diversa da quella dichiarata per la garanzia Infortuni

Fermo quanto disposto dagli Artt. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 2 "Aggravamento del rischio", 3 "Diminuzione del rischio" e 17 "Esclusioni valide per la garanzia Infortuni", se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata nella Scheda di polizza, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione all'Impresa, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

A tal fine per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata nella Scheda di polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla Tabella delle attività di cui all'allegato A.

Per la classificazione di attività eventualmente non specificate saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata nella suddetta tabella.

Attività dichiarata					
	Classe	1	2	3	4
Attività svolta al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%
	2	75%	100%	100%	100%
	3	60%	75%	100%	100%
	4	50%	60%	75%	100%

Art. 22 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per la garanzia Infortuni

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Spese di rimpatrio (Art. 16.6)	-	Euro 1.500
Danno estetico (Art. 16.8)	-	Euro 3.000
Rimborso spese mediche (Art. 15.4)	-	20% somma assicurata
Day hospital (Art. 15.6)	-	50% della somma assicurata
Invalità permanente (Art. 15.3)	- somma assicurata fino a 150.000 euro: franchigia personalizzabile da 0% a 20%, come risultante dalla Scheda di polizza; - somma assicurata per somma eccedente 150.000 euro: franchigia fissa pari al 6% sempre operante, salvo il caso in cui sia stata scelta una franchigia superiore (personalizzabile fino al 20%) che risulterà operante a condizione che risulti dalla Scheda di polizza.	-
Sinistri catastrofici (Art. 14)	-	Euro 1.000.000

Art. 22 Bis – Determinazione dell'indennizzo da liquidare per invalidità permanente per la garanzia Infortuni

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

- sulla parte di somma assicurata fino a euro 150.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore all'aliquota percentuale indicata nella Scheda di polizza (franchigia personalizzabile da 0% a 20%); qualora l'invalidità permanente accertata risulti superiore alla percentuale indicata nella Scheda di polizza l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente euro 150.000,00 non si farà mai luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 6% della totale oppure del maggior valore percentuale risultante nella Scheda di polizza (franchigia personalizzabile fino al 20%); qualora l'invalidità permanente risulti superiore alla "Franchigia" effettivamente operante, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 21% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'indennizzo è pari alla valutazione dello stesso di cui all'Art. 15.3.

Art. 23 – Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 15.3 - Invalidità permanente (o dell'Art. 15 BIS lettera A - Tabella INAIL per la prestazione Invalidità Permanente - se richiamato) delle Condizioni di assicurazione - sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

CAPITOLO 2 – ASSISTENZA

(garanzia opzionale, attivabile solo congiuntamente alla garanzia Infortuni, a condizione che risulti dalla Scheda di polizza e sia corrisposto il relativo premio)

Art. 24 – Attivazione della Centrale Operativa per il Capitolo Assistenza

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Centrale Operativa.

Resta inteso che, laddove non venga specificata nella singola prestazione, la garanzia "Assistenza" verrà fornita per un massimo di 3 volte per anno.

Art. 25 – Cosa comprende l'Assicurazione Base per il Capitolo Assistenza

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sottoindicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro infortuni indennizzabile a termini di polizza:

A) Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

B) Invio di un medico generico in Italia

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese dell'Impresa, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

C) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo l'Impresa a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta l'anno ed è valida esclusivamente in Italia.

D) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato e rientro

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
- aereo sanitario (solo per i Paesi Europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le patologie che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative. Alla dimissione dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese dell'Impresa fino ad un importo massimo di euro 10.000,00 per sinistro e per anno, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

E) Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al proprio domicilio, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di rientrare al proprio domicilio. L'Impresa terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di euro 150,00 per sinistro.

La prestazione è fornita per un massimo di 1 volta l'anno ed è valida esclusivamente in Italia.

F) Invio di un infermiere in Italia

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere professionale, assumendone l'Impresa l'onorario fino ad un massimo euro 250,00 complessive per sinistro.

G) Viaggio di un familiare (operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato in viaggio da solo necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di recarsi presso l'Assicurato ricoverato. L'Impresa terrà a proprio carico le relative spese.

H) Rientro sanitario (operante quando il sinistro si verifica ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora, a seguito di infortunio, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese dell'Impresa, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa. L'Impresa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le patologie che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

La prestazione non è altresì dovuta 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. 26 – Esclusioni valide per l'assicurazione Base per il Capitolo Assistenza

Tutte le prestazioni di Assistenza (cioè prestate ai sensi delle garanzie di cui alla Sezione Assistenza) non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;
- infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

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

Ogni diritto nei confronti dell'Impresa si prescrive entro il termine di 730 giorni, cioè due anni, dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 C.C e successive modifiche.

Il diritto alle assistenze fornite dall'Impresa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Centrale Operativa.

Art. 27 – Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative per la garanzia Assistenza

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative compensazione.

Art. 28 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per la garanzia Assistenza

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Trasferimento centro ospedaliero attrezzato e rientro (Art. 25, Lett D)	-	Euro 10.000
Trasporto in autoambulanza o taxi (Art. 25, Lett. E)	-	Euro 150
Invio infermiere (Art. 25, Lett F)	-	Euro 250

Art. 29 – Garanzie Estese per la garanzia Assistenza

(Operanti a condizione che venga attivato il pacchetto Base dell'Assistenza)

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sotto indicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro infortuni indennizzabile a termini di polizza.

Assistenza domiciliare integrata

Le prestazioni che seguono sono fornite al domicilio, purché situato in Italia, dell'Assicurato dopo le sue dimissioni da un ricovero, dovuto a infortunio, della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico:

A) Assistenza domiciliare post ricovero.

La Centrale Operativa, su richiesta scritta da parte del medico curante dell'Assicurato, organizza e gestisce la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di personale medico e paramedico convenzionato per un massimo di 15 giorni consecutivi dopo le dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dalla Centrale Operativa in accordo con il medico curante dell'Assicurato. La Centrale Operativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

B) Prestazioni professionali post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di un professionista fino ad un massimo di 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

C) Servizi sanitari post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di:

- eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie ed altri accertamenti diagnostici, purché effettuabili al domicilio;
- usufruire del ritiro e della consegna al proprio domicilio degli esiti di esami ed accertamenti diagnostici;
- usufruire della consegna al proprio domicilio di farmaci e articoli sanitari;
- la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino a 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

D) Servizi non sanitari post ricovero

Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, incombenze amministrative, disbrigo di faccende domestiche, sorveglianza minori, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare proprio personale di servizio fino a 10 ore complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura, tenendo l'Impresa a proprio carico il relativo costo.

La Centrale Operativa concorderà preventivamente con l'Assicurato le modalità per l'accesso al servizio e a tal fine dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per poter organizzare il servizio stesso.

Art. 29 Bis – Esclusioni valide per le garanzie Estese del Capitolo Assistenza

Resto inteso tra le Parti che per le garanzie Estese del Capitolo Assistenza si considerano operanti le medesime esclusioni di cui all'art. 26.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 30 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Intermediario alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta notizia, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere inviata a mezzo raccomandata AR al seguente indirizzo:

**Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)**

corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

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

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accadimenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 31 – Richiesta di assistenza per la garanzia Assistenza

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo a:

**Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)**

telefonando al Numero verde:

800.894149

per chiamate dall'estero può comporre il seguente numero: **+39/039-9890722**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita;
2. nome e cognome;
3. numero di polizza;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornire integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Art. 32 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

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

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della diaria giornaliera, nonché sull'applicazione di indennizzabilità previsti dall'Art. 23 "Criteri di indennizzabilità" possono essere demandate per iscritto di comune accordo fra le parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 33 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione

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

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

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro, il pagamento sarà fatto solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorrono le esclusioni previste nei Capitolo 1 "Infortuni" e Capitolo 2 "Assistenza".

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)

Gestione dei rapporti assicurativi via web

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

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

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

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.

ALLEGATO A - Tabella delle attività per il Settore Infortuni

Di seguito vengono riportate le attività, tra le quali l'Assicurato identifica la propria e sulla base della quale viene definito il premio di polizza. Per ogni attività è indicata la classe di rischio per la prestazione Diaria senza ricovero (IT) e per le altre prestazioni. Per le attività ove non è possibile assicurare la prestazione Diaria senza ricovero è indicato n.a. ossia rischio non ammesso.

Tabella delle attività	IT*	A**
abbattitore di piante - dipendente	n.a.	4
abbattitore di piante - lavoratore autonomo	4	4
abbigliamento - addetto alla vendita	n.a.	1
abbigliamento - titolare vendita	1	1
accessori per veicoli - addetto alla vendita	n.a.	1
accessori per veicoli - titolare vendita	1	1
addestratore di cani - dipendente	n.a.	3
addestratore di cani - lavoratore autonomo	3	3
addetto a maneggi di cavalli	n.a.	4
addetto ad autorimessa - dipendente	n.a.	3
addetto ad autorimessa - titolare	3	3
addetto centro elaborazione dati	n.a.	2
agente di polizia municipale non motocicl.	n.a.	2
agente di assicurazioni	2	2
agente di borsa/cambio - dipendente	n.a.	1
agente di borsa/cambio - lavoratore autonomo	1	1
agente di polizia municipale anche motociclista	n.a.	4
agente di pubblicità - dipendente	n.a.	2
agente di pubblicità - lavoratore autonomo	2	2
agente immobiliare - dipendente	n.a.	2
agente immobiliare - lavoratore autonomo	2	2
agente marittimo - dipendente	n.a.	2
agente marittimo - lavoratore autonomo	2	2
agente settore credito	n.a.	2
agente teatrale	n.a.	2
agente/rappresentante settore commercio	n.a.	2
agricoltore - dipendente	n.a.	4
agricoltore - lavoratore autonomo	4	4
agronomo-agrimensore - dipendente	n.a.	2
agronomo-agrimensore - lavoratore autonomo	2	2
alimentari (escluso salumeria, macelleria o pescheria) - addetto alla vendita	n.a.	1
alimentari (escluso salumeria, macelleria o pescheria) - titolare vendita	1	1
allenatore sportivo	n.a.	3
allevatore - dipendente	n.a.	4
allevatore - lavoratore autonomo	4	4
ambasciatore	n.a.	2
ambulante di generi vari	n.a.	3
amministratore di beni propri o altrui	1	1
analista chimico - dipendente	n.a.	2
analista chimico - lavoratore autonomo	2	2
antennista - dipendente	n.a.	4
antennista - lavoratore autonomo	4	4
antiquario con operazioni di restauro - dipendente	n.a.	3
antiquario con operazioni di restauro - lavoratore autonomo	3	3
antiquario senza operazioni di restauro - dipendente	n.a.	2
antiquario senza operazioni di restauro -lavoratore autonomo	2	2
apparecchi ottici e fotografici - addetto alla vendita	n.a.	1
apparecchi ottici e fotografici - titolare vendita	1	1
architetto con accesso a cantieri - dipendente	n.a.	2
architetto con accesso a cantieri - lavoratore autonomo	2	2

Tabella delle attività	IT*	A**
architetto occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	1
architetto occupato solo in ufficio - libero professionista	1	1
argentatore / doratore - dipendente	n.a.	3
argentatore / doratore - lavoratore autonomo	3	3
arredatore - dipendente	n.a.	2
arredatore - lavoratore autonomo	2	2
arrotino - dipendente	n.a.	3
arrotino - lavoratore autonomo	3	3
articoli sportivi - addetto alla vendita	n.a.	1
articoli sportivi - titolare vendita	1	1
articoli igienico-sanitari addetto alla vendita	n.a.	2
articoli igienico-sanitari titolare esercizio vendita	2	2
articoli musicali - addetto alla vendita	n.a.	1
articoli musicali - titolare vendita	1	1
artista di varietà, attore, musicista, cantante non ballerino	n.a.	3
ascensorista	n.a.	3
assistente sociale	n.a.	2
attacchino	n.a.	3
attore di teatro	n.a.	3
attrezzista, macchinista (settore spettacolo)	n.a.	4
autista di autobus	n.a.	3
autista di autovetture	n.a.	3
autorimesse: addetto che non lavora manualmente	n.a.	2
autorimesse: titolare che non lavora manualmente	2	2
autoriparatore - dipendente	n.a.	3
autoriparatore - lavoratore autonomo	3	3
autotrasportatore - dipendente	n.a.	4
autotrasportatore - lavoratore autonomo	4	4
avvocato	2	2
baby-sitter	n.a.	2
badante	n.a.	2
bagnino	n.a.	2
bar- ristorante, trattorie, pizzerie - addetto	n.a.	2
bar- ristorante, trattorie, pizzerie - titolare	2	2
bar tabacchi - addetto alla vendita	n.a.	2
bar tabacchi - titolare vendita	2	2
barbiere - dipendente	n.a.	1
barbiere - lavoratore autonomo	1	1
barcaiolo	n.a.	3
barista - dipendente	n.a.	2
barista - lavoratore autonomo	2	2
benestante	n.a.	1
benzinaio - dipendente	n.a.	2
benzinaio - titolare	2	2
bidello	n.a.	2
biologo - addetto laboratorio d'analisi - dipendente	n.a.	1
biologo - addetto laboratorio d'analisi - lavoratore autonomo	1	1
boscaiolo - dipendente	n.a.	4
boscaiolo - lavoratore autonomo	4	4
callista, manicure, pedicure, estetista - dipendente	n.a.	2
callista, manicure, pedicure, estetista - lavoratore autonomo	2	2
calzature - addetto alla vendita	n.a.	1
calzature - titolare vendita	1	1

Tabella delle attività	IT*	A**
calzolaio - dipendente	n.a.	2
calzolaio - lavoratore autonomo	2	2
cameriere	n.a.	2
cantoniere	n.a.	4
capostazione	n.a.	2
capotreno	n.a.	2
carburante e gas liquidi - addetto alla vendita	n.a.	2
carburante e gas liquidi - titolare vendita	2	2
cardatore - dipendente	n.a.	3
cardatore - lavoratore autonomo	3	3
carpentiere - dipendente	n.a.	4
carpentiere - lavoratore autonomo	4	4
carrozziere - dipendente	n.a.	3
carrozziere - lavoratore autonomo	3	3
cartoleria, giocattoli, giornali, libri - addetto alla vendita	n.a.	2
cartoleria, giocattoli, giornali, libri - titolare vendita	2	2
casalinga	n.a.	2
casalinghi, ferramenta, vernici - addetto alla vendita	n.a.	2
casalinghi, ferramenta, vernici - titolare alla vendita	2	2
casaro - dipendente	n.a.	2
casaro - lavoratore autonomo	2	2
ceramista - dipendente	n.a.	3
ceramista - lavoratore autonomo	3	3
certificatore di bilancio/revisione - libero professionista	1	1
cesellatore - dipendente	n.a.	2
cesellatore - lavoratore autonomo	2	2
clero (appartenente al)	n.a.	1
collaboratore familiare	n.a.	2
commercialista - libero professionista	1	1
commesso viaggiatore	n.a.	2
concessionario auto-motoveicoli - addetto alle vendite	n.a.	1
concessionario auto-motoveicoli - titolare vendite	1	1
conciaio - dipendente	n.a.	3
conciaio - lavoratore autonomo	3	3
console	n.a.	2
consulente amministrativo - libero professionista	n.a.	1
consulente del lavoro - libero professionista	1	1
corniciaio - dipendente	n.a.	2
corniciaio - lavoratore autonomo	2	2
cuoco - dipendente	n.a.	3
cuoco - lavoratore autonomo	3	3
demolitore di autoveicoli - dipendente	n.a.	4
demolitore di autoveicoli - lavoratore autonomo	4	4
diplomatico	n.a.	2
direttore didattico	n.a.	1
dirigente con accesso a officine-cantieri-magazzini	n.a.	3
dirigente occupato solo in ufficio	n.a.	1
disegnatore - dipendente	n.a.	1
disegnatore - lavoratore autonomo	1	1
disinfestatore - dipendente	n.a.	2
disinfestatore - titolare	2	2

Tabella delle attività	IT*	A**
domestico	n.a.	2
elettrauto - dipendente	n.a.	3
elettrauto - lavoratore autonomo	3	3
elettricista che lavora anche all'esterno - dipendente	n.a.	3
elettricista che lavora anche all'esterno - lavoratore autonomo	3	3
elettricista che lavora solo all'interno di ambienti chiusi - dipendente	n.a.	2
elettricista che lavora solo all'interno di ambienti chiusi - titolare	2	2
elettrodomestici con installazione - addetto alla vendita	n.a.	3
elettrodomestici con installazione - titolare vendita	3	3
elettrodomestici senza installazione - addetto alla vendita	n.a.	1
elettrodomestici senza installazione - titolare vendita	1	1
elettrotecnico - dipendente	n.a.	2
elettrotecnico - lavoratore autonomo	2	2
enologo - dipendente	n.a.	1
enologo - lavoratore autonomo	1	1
enotecnico - dipendente	n.a.	1
enotecnico - lavoratore autonomo	1	1
estetista - dipendente	n.a.	1
estetista - lavoratore autonomo	1	1
fabbro - dipendente	n.a.	4
fabbro - lavoratore autonomo	4	4
facchino (portabagagli di piccoli colli)	n.a.	3
facchino addetto al carico e scarico di merci	n.a.	4
falegname - dipendente	n.a.	4
falegname - lavoratore autonomo	4	4
farmacista - dipendente	n.a.	1
farmacista - lavoratore autonomo	1	1
fattorino	n.a.	3
fiori e piante - addetto alla vendita	n.a.	1
fiori e piante - titolare vendita	1	1
fisico - dipendente	n.a.	1
fisico - lavoratore autonomo	1	1
fisioterapista - dipendente	n.a.	2
fisioterapista - lavoratore autonomo	2	2
floricoltore - dipendente	n.a.	3
floricoltore - lavoratore autonomo	3	3
fonditore - dipendente	n.a.	4
fonditore - lavoratore autonomo	4	4
fotografo anche all'esterno - dipendente	n.a.	3
fotografo anche all'esterno - lavoratore autonomo	3	3
fotografo occupato solo in studio - dipendente	n.a.	1
fotografo occupato solo in studio - lavoratore autonomo	1	1
fuochista	n.a.	3
geologo - dipendente	n.a.	2
geologo - libero professionista	2	2
geometra con accesso a officine cantieri magazzini - dipendente	n.a.	3
geometra con accesso a officine cantieri magazzini - libero professionista	3	3
geometra occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	1
geometra occupato solo in ufficio - libero professionista	1	1
gestore di albergo	n.a.	1
gestore di ristorante	n.a.	2
giardiniere/vivaista - dipendente	n.a.	3

Tabella delle attività	IT*	A**
giardiniere/vivaista - lavoratore autonomo	3	3
giornalaio - dipendente	n.a.	1
giornalaio - titolare vendita	1	1
giornalista	n.a.	2
giudice	n.a.	1
gommista/vulcanizzatore - dipendente	n.a.	3
gommista/vulcanizzatore - lavoratore autonomo	3	3
grafico - dipendente	n.a.	1
grafico - lavoratore autonomo	1	1
gruista - dipendente	n.a.	3
gruista - lavoratore autonomo	3	3
guardia giurata	n.a.	4
guardiacaccia, guardiapescia, guardia campestre	n.a.	4
guida turistica	n.a.	2
idraulico - dipendente	n.a.	3
idraulico - lavoratore autonomo	3	3
imbianchino anche all'esterno di edifici - dipendente	n.a.	4
imbianchino anche all'esterno di edifici - lavoratore autonomo	4	4
imbianchino solo all'interno di edifici - dipendente	n.a.	3
imbianchino solo all'interno di edifici - lavoratore autonomo	3	3
impiegato amministrativo occupato solo in ufficio	n.a.	1
impiegato con accesso a officine-cantieri-magazzini	n.a.	2
imprenditore edile che può prendere parte ai lavori	4	4
imprenditore in genere che non lavora manualmente	2	2
imprenditore in genere che può prendere parte ai lavori	4	4
impresa di pulizia con uso di impalcature - addetto	n.a.	4
impresa di pulizia con uso di impalcature - titolare	4	4
impresa di pulizia senza uso di impalcature - addetto	n.a.	3
impresa di pulizia senza uso di impalcature - titolare	3	3
incisore - dipendente	n.a.	2
incisore - lavoratore autonomo	2	2
indossatore	n.a.	2
infante	n.a.	2
infermiere	n.a.	2
informatica - operatore con mansioni anche esterne	n.a.	2
informatica - operatore senza mansioni esterne	n.a.	1
ingegnere con accesso a officine-cantieri-magazzini - dipendente	n.a.	2
ingegnere con accesso a officine-cantieri-magazzini - libero professionista	2	2
ingegnere occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	1
ingegnere occupato solo in ufficio - libero professionista	1	1
insegnante di equitazione - hockey	n.a.	4
insegnante di ginnastica	n.a.	3
insegnante di materie non sperimentali (matematica, lettere etc)	n.a.	1
insegnante di materie sperimentali anche all'esterno	n.a.	2
insegnante di sport in genere esclusa equitazione e hockey	n.a.	3
insegnante elementare	n.a.	1
istruttore di pratica (guida) di scuola guida	n.a.	3
istruttore di teoria di scuola guida	n.a.	1
lattoniere anche su impalcature e ponteggi - dipendente	n.a.	4
lattoniere anche su impalcature e ponteggi - lavoratore autonomo	4	4
lavanderia, puliseco, tintorie - addetto	n.a.	2

Tabella delle attività	IT*	A**
lavanderia, puliseco, tintorie - titolare	2	2
lavanderie e tintorie - addetto	n.a.	2
lavanderie e tintorie - titolare	2	2
levigatore di pavimenti - dipendente	n.a.	3
levigatore di pavimenti - lavoratore autonomo	3	3
litografo - addetto	n.a.	2
litografo - lavoratore autonomo	2	2
macellerie, pescherie - addetto alla vendita anche con lavorazioni	n.a.	3
macellerie, pescherie - titolare vendita anche con lavorazioni	3	3
maestro d'asilo	n.a.	1
magazziniere	n.a.	3
magistrato	n.a.	1
magliaio - addetto	n.a.	2
magliaio - lavoratore autonomo	2	2
maniscalco	n.a.	3
marmista (posatore) solo a terra - dipendente	n.a.	3
marmista (posatore) solo a terra - lavoratore autonomo	3	3
marmista anche su impalcature e ponteggi - dipendente	n.a.	4
marmista anche su impalcature e ponteggi - lavoratore autonomo	4	4
massaggiatore - dipendente	n.a.	2
massaggiatore - lavoratore autonomo	2	2
materassaio - dipendente	n.a.	2
materassaio - lavoratore autonomo	2	2
materiali da costruzione - addetto alla vendita	n.a.	3
materiali da costruzione - titolare vendita	3	3
meccanico - dipendente	n.a.	3
meccanico - lavoratore autonomo	3	3
medico - dipendente	n.a.	2
medico - libero professionista	2	2
merceria, pelletteria - addetto alla vendita	n.a.	1
merceria, pelletteria - titolare vendita	1	1
mobili ed arredamenti con installazione - addetto alla vendita	n.a.	3
mobili ed arredamenti con installazione - titolare vendita	3	3
mobili senza installazione - addetto alla vendita	n.a.	1
mobili senza installazione - titolare vendita	1	1
modello	n.a.	2
muratore	n.a.	4
necroforo	n.a.	2
notaio	n.a.	1
odontotecnico - dipendente	n.a.	2
odontotecnico - lavoratore autonomo	2	2
operaio con uso di macchine	n.a.	3
operatore ecologico	n.a.	2
orefice - dipendente	n.a.	2
orefice - lavoratore autonomo	2	2
oreficeria, orologeria, gioielleria - addetto alla vendita	n.a.	1
oreficeria, orologeria, gioielleria - titolare alla vendita	1	1
orologiaio - dipendente	n.a.	2
orologiaio - lavoratore autonomo	2	2
ostetrico	n.a.	2
ottico - dipendente	n.a.	1
ottico - libero professionista	1	1

Tabella delle attività	IT*	A**
panetterie, pasticcerie, gelaterie - addetto vendita anche con lavorazioni	n.a.	3
panetterie, pasticcerie, gelaterie - titolare vendita anche con lavorazioni	3	3
paramedico	n.a.	2
parquettista - dipendente	n.a.	3
parquettista - lavoratore autonomo	3	3
parrucchiere - dipendente	n.a.	1
parrucchiere - lavoratore autonomo	1	1
pavimentatore / piastrellista - dipendente	n.a.	3
pavimentatore / piastrellista - lavoratore autonomo	3	3
pedicure - dipendente	n.a.	2
pedicure - lavoratore autonomo	2	2
pellettieri - dipendente	n.a.	3
pellettieri - lavoratore autonomo	3	3
pellicciaio - dipendente	n.a.	3
pellicciaio - lavoratore autonomo	3	3
pensionato	n.a.	2
perito con lavoro anche esterno - dipendente	n.a.	2
perito con lavoro anche esterno - lavoratore autonomo	2	2
perito occupato solo in ufficio - dipendente	n.a.	1
perito occupato solo in ufficio - lavoratore autonomo	1	1
pescatore	n.a.	3
pittore senza uso di scale e impalcature - dipendente	n.a.	2
pittore senza uso di scale e impalcature - titolare	2	2
portalettere	n.a.	2
portavalori	n.a.	2
portiere-custode	n.a.	2
procuratore legale - dipendente	n.a.	2
procuratore legale - libero professionista	2	2
promotore finanziario	n.a.	2
promotore finanziario assicurativo	n.a.	2
psicologo - dipendente	n.a.	1
psicologo - lavoratore autonomo	1	1
pubblicista - dipendente	n.a.	2
pubblicista - lavoratore autonomo	2	2
quadro occupato solo in ufficio	n.a.	1
radiotecnico - dipendente	n.a.	2
radiotecnico - lavoratore autonomo	2	2
ragioniere - dipendente	n.a.	1
ragioniere - libero professionista	1	1
rappresentante di commercio	n.a.	3
regista	n.a.	3
religioso	n.a.	1
restauratore senza accesso ad impalcature - dipendente	n.a.	3
restauratore senza accesso ad impalcature - lavoratore autonomo	n.a.	3
ricamatore - dipendente	n.a.	3
ricamatore - lavoratore autonomo	n.a.	3
rilegatore - dipendente	n.a.	2
rilegatore - lavoratore autonomo	2	2
riparatore radio tv - esclusa riparazione antenne - dipendente	n.a.	2
riparatore radio tv - esclusa riparazione antenne - lavoratore autonomo	2	2

Tabella delle attività	IT*	A**
riparatore di cicli e motocicli - dipendente	n.a.	2
riparatore di cicli e motocicli - lavoratore autonomo	2	2
riparatore di elettrodomestici e computer - dipendente	n.a.	2
riparatore di elettrodomestici e computer - lavoratore autonomo	2	2
sacerdote	n.a.	1
sagrestano	n.a.	1
saldatore autogeno	n.a.	3
salumerie, rosticcerie - addetto alla vendita anche con lavorazioni	n.a.	3
salumerie, rosticcerie - titolare vendita anche con lavorazioni	3	3
sarto - dipendente	n.a.	2
sarto - lavoratore autonomo	2	2
scultore / intagliatore - dipendente	n.a.	4
scultore / intagliatore - lavoratore autonomo	4	4
sociologo - dipendente	n.a.	1
sociologo - lavoratore autonomo	1	1
spedizioniere - dipendente	n.a.	3
spedizioniere - lavoratore autonomo	3	3
stilista di moda - dipendente	n.a.	1
stilista di moda - lavoratore autonomo	1	1
studente	n.a.	2
tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori - addetto alla vendita	n.a.	1
tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori - titolare vendita	1	1
tapparellista - dipendente	n.a.	2
tapparellista - lavoratore autonomo	2	2
tappezziere - dipendente	n.a.	3
tappezziere - lavoratore autonomo	3	3
tassista e autonoleggio	n.a.	3
tipografo - dipendente	n.a.	2
tipografo - lavoratore autonomo	2	2
tirocinante amministrativo occupato solo in ufficio	n.a.	1
tornitore	n.a.	4
traduttore / interprete - dipendente	n.a.	1
traduttore / interprete - lavoratore autonomo	1	1
verniciatore - dipendente	n.a.	3
verniciatore - lavoratore autonomo	3	3
veterinario - dipendente	n.a.	3
veterinario - lavoratore autonomo	3	3
vetraio - dipendente	n.a.	3
vetraio - lavoratore autonomo	3	3
vetrinista	n.a.	2
restauratore con accesso ad impalcature - dipendente	n.a.	4
restauratore con accesso ad impalcature - lavoratore autonomo	4	4

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. 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. 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. 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:

- finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *Contrattuale*);
- finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *legale*);
- 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*);
- 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'ass 41/2018 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. Modalità di trattamento

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

5. Profilazione

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

8. Diritti dell'interessato

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



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

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