



## **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE ASSISTENZA**

# **ASSISTENZA SALUTE**

**DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO 5001 – EDIZIONE 01.07.2023**

**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  
800.894153

NUMERO dall'estero  
+39.039.9890.724



### SCARICA CON NOBIS, L'ASSISTENZA A PORTATA DI APP!

Tutti i prodotti Nobis includono CON NOBIS: l'app per smartphone e tablet grazie alla quale, in caso di necessità, potrai richiedere assistenza di qualità con un touch, anche in videochiamata!

Scaricala gratuitamente e accedi con il tuo numero di polizza.

GOOGLE PLAY



APPLE STORE



# CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Assistenza Salute

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 Assistenza Salute, sono fornite nel Set informativo.

## CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il presente contratto di assicurazione è un prodotto finalizzato a tutelare l'Assicurato, attraverso differenti prestazioni, nel caso in cui abbia necessità di assistenza medica.



## CHE COSA È ASSICURATO?

### ✓ Assistenza alla persona

L'Impresa si obbliga a garantire, secondo le modalità ed i limiti di seguito precisati:

#### A) CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora l'Assicurato avesse necessità di un consulto medico a seguito di malattia o infortunio, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione il proprio Servizio Medico.

**Prestazione operante per ciascuna Applicazione una volta per anno assicurativo.**

#### B) INVIO DI UN MEDICO

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica. A seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in ambulanza in un pronto soccorso.

**La prestazione è fornita per un massimo di tre volte per anno ed è valida esclusivamente in Italia.**

#### C) TRASPORTO IN AMBULANZA

La Centrale Operativa, qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza.

**Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

**La prestazione è fornita una volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia.**

#### D) CONSEGNA DEI FARMACI A DOMICILIO

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24, la ricerca e la consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passerà prima al domicilio dell'Assicurato.

**Resta a carico dell'Assicurato il costo del farmaco.**

**La prestazione è fornita per un massimo di tre volte per anno assicurativo.**

#### E) RETE SANITARIA

La banca dati delle Strutture Sanitarie è a disposizione dell'Assicurato, 24 ore su 24 per tutti i giorni all'anno, per richiedere alla Centrale Operativa informazioni relative a:

- singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri e onorari e tariffe convenzionate.

#### F) GESTIONE DELL'APPUNTAMENTO

Qualora l'Assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete Sanitaria convenzionata. L'Assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, di gestire un appuntamento.

**Prestazione operante per ciascuna Applicazione una volta per anno assicurativo.**

#### G) MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa.

#### H) ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST RICOVERO A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a sette giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, **per un totale di 5 accessi (della durata ciascuna di un'ora) per anno, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.** La prestazione viene fornita 24 ore su 24.

**La presente prestazione opererà entro il limite massimo di euro 50,00 per ogni ora di assistenza infermieristica.**



## CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Non potrà essere assicurato alcun soggetto che non sia una persona fisica.
- ✗ Non potrà essere assicurato alcun soggetto che non sia residente in Italia o nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano.
- ✗ Non potrà essere assicurato alcun soggetto che non abbia un'età pari o superiore a 18 anni.
- ✗ Non potrà essere assicurato alcun soggetto che non risulti già Cliente del Contraente, in quanto sottoscrittore o aderente a polizze assicurative diverse dalla presente e intermedie dal medesimo Contraente.
- ✗ Non potrà essere assicurato alcun soggetto che non abbia manifestato la volontà di aderire al presente contratto attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione.



## CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Sono escluse le prestazioni per eventi causati da:

- ! atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni, belligeranza dichiarata o di fatto;
- ! eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, altri fenomeni naturali a prescindere dall'intervenuta o meno dichiarazione dello stato di calamità o di emergenza;
- ! pandemie o epidemie
- ! sviluppo comunque insorto, controllato o no, d'energia nucleare o di radioattività;
- ! dolo dell'Assicurato;
- ! negligenza dell'Assicurato.



## DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ Le garanzie previste nel presente contratto di assicurazione saranno operanti esclusivamente nel territorio italiano, della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano.



## CHE OBBLIGHI HO?

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

L'Assicurato ha altresì l'obbligo di pagare il premio, per l'eventuale tramite del Contraente, al fine di determinare l'operatività della copertura assicurativa.

L'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 di assicurazione 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.



## QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente ha validità annuale e prevede il tacito rinnovo.

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) 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. A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile se il Contraente non paga entro 30 giorni i premi o le rate di premio successivi, il contratto di assicurazione resta sospeso dalle ore 24 del giorno successivo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.

Le coperture per i singoli assicurati decorrono dalle ore 24.00 del giorno indicato sul Modulo di adesione e terminano alla scadenza indicata sullo stesso. Resta inteso che, salvo disdetta inviata a mezzo raccomandata A/R o p.e.c. entro 30 giorni dalla scadenza della singola Applicazione, quest'ultima s'intenderà tacitamente rinnovata per un'ulteriore annualità e così successivamente.



## COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il Contraente potrà disdire il contratto di assicurazione inviando all'Impresa una comunicazione a mezzo raccomandata A/R o p.e.c. entro 30 giorni dalla scadenza annuale contrattualmente prevista.

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

## ASSICURAZIONE ASSISTENZA SALUTE

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Assistenza Salute

Versione n. 1 di Luglio 2023 (ultimo disponibile)

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

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

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

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

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

### **Esercizio 2022**

#### **Bilancio approvato il 28/04/2023**

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 107.123.237 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 68.007.466.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 179,69% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 399,31% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

Si richiama quanto indicato nella relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito istituzionale attraverso il seguente collegamento <https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/>

Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa [www.nobis.it](http://www.nobis.it).

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



## CHE COSA È ASSICURATO?

Non sono presenti informazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP Base.

### Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

#### OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

**Indicare l'opzione** Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Assistenza Salute.

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

**Indicare l'opzione** Non sono previste opzioni con aumento del premio per il prodotto Assistenza Salute.



## CHE COSA NON È ASSICURATO?

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



## CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

In aggiunta a quanto indicato nel Dip Base, si specifica che l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione. L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza; in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi originali delle spese sostenute dall'Assicurato.

La Centrale Operativa non è responsabile per ritardi o impedimenti che possano insorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di assistenza, in caso di interventi delle Autorità locali che vietino l'intervento ovvero dovuti a cause di forza maggiore. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, si applicano le disposizioni di legge.



## CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<b>Denuncia di sinistro:</b> il Contraente e/o l'Assicurato deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa chiamando il numero verde.  <b>800.894153</b> (dall'estero occorre comporre il numero <b>+39.039.9890.724</b> )
	Indicando: 1) Nome e cognome, 2) Numero di polizza o qualsiasi riferimento che permetta di individuare il tipo di copertura o servizio al quale ha diritto, 3) eventuale documentazione medica a supporto della richiesta, 4) indirizzo e recapito telefonico, 5) luogo dove si trova al momento del sinistro e relativo recapito ove contattarlo in caso di bisogno.  La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:  <b>Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.</b> <b>Ufficio Sinistri</b> <b>Viale Colleoni, 21 – 20864 AGRATE BRIANZA (MB)</b>
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> si specifica che il contratto prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.
	<b>Prescrizione:</b> ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il Contraente/Assicurato effettui dichiarazioni false o reticenti in sede di preventivazione e le confermi con la sottoscrizione del contratto, o ometta di comunicare all'impresa ogni variazione significativa, tali circostanze potrebbero pregiudicare in forma totale o parziale il pagamento del danno (indennizzo) da parte dell'Impresa.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignorati o ipotecari.



## QUANDO E COME DEVO PAGARE?

<b>Premio</b>	<p>Il Contraente dovrà pagare la prima rata di premio.</p> <p>Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento semestrale del premio, nel quale caso potrebbe essere applicato un sovrappremio del 3%.</p> <p>L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.</p> <p>Il premio è già comprensivo di imposta.</p> <p>Non è prevista la vendita multilevel marketing.</p>
<b>Rimborso</b>	Non è previsto rimborso del premio.



## QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

<b>Durata</b>	<p>Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente ha validità annuale con previsione di tacito rinnovo. Il contratto ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.</p> <p>Se il Contraente/Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.</p> <p>In ogni caso il pagamento tardivo della rata di premio non determinerà un'efficacia retroattiva della copertura che sarà attiva dalle ore 24 del giorno in cui verrà corrisposto quanto dovuto.</p>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere la polizza.



## COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	<p>Il presente contratto non prevede il diritto di ripensamento.</p> <p>Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole;</li> <li>2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza;</li> <li>3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole;</li> <li>4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.</li> </ol>
<b>Risoluzione</b>	<p>Ogni variazione al contratto sarà comunicata da parte dell'Impresa al Contraente/Assicurato, per tramite dell'Intermediario che ha in carico il contratto, entro 45 giorni dal rinnovo annuale del medesimo.</p> <p>Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio e/o la somma assicurata proposta per l'annualità successiva, avrà facoltà, previa lettera raccomandata A/R o p.e.c. all'Impresa spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, di risolvere il contratto.</p>



## A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Le garanzie sono prestate esclusivamente a favore del soggetto che sia: persona fisica, residente in Italia o Repubblica di San Marino o Stato della Città del Vaticano, di età pari o superiore di anni 18, che risulti già Cliente del Contraente in quanto sottoscrittore o aderente a polizze assicurative diverse dalla presente e intermedie dal medesimo Contraente ed infine che abbia manifestato la volontà di aderire al presente contratto attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione.



## QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta e le garanzie prescelte.

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 42,19%.



## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni dal Reclamo.
<b>All'IVASS</b>	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> , utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> , sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li><li>- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</li></ul>

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

<b>SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI</b> .....	<b>1</b>
<b>SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>2</b>
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio .....	2
Art. 2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia .....	2
Art. 3 – Modifiche dell'assicurazione .....	2
Art. 4 – Aggravamento del rischio .....	2
Art. 5 – Diminuzione del rischio .....	2
Art. 6 – Recesso in caso di sinistro .....	2
Art. 7 – Durata del contratto .....	2
Art. 7 bis – Durata delle singole applicazioni .....	2
Art. 8 – Oneri fiscali .....	2
Art. 9 – Rinvio alle norme di legge .....	2
Art. 10 – Assicurati .....	3
Art. 11 – Estensione territoriale .....	3
<b>SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1 - ASSISTENZA ALLA PERSONA</b> .....	<b>4</b>
Art. 12 – Oggetto dell'assicurazione .....	4
Art. 13 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia assistenza .....	5
<b>SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO</b> .....	<b>6</b>
Art. 14 – Modalità per la richiesta di assistenza .....	6
<b>APPENDICE NORMATIVA</b> .....	<b>7</b>
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) .....	9

## SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

Nel testo che segue si intende per:

**APPLICAZIONE** – Il documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato;

**ASSICURATO** – Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione ovvero, nel caso concreto, il Cliente del Contraente che manifesta l'intenzione di aderire alla copertura;

**ASSICURAZIONE** – Il contratto di assicurazione.

**CONTRAENTE** – Il soggetto che stipula l'assicurazione ovvero, nel caso concreto, Bartolini & Mauri Assicuratori S.r.l. (p.iva 01904140017) con sede a Torino alla via Lessolo n. 19;

**DANNO EXTRA CONTRATTUALE** – Danno conseguente a fatto illecito.

**DIRITTO REALE** – Diritto che attribuisce al titolare la disponibilità di un determinato bene (disponibilità piena nel caso, ad es. di proprietà, e limitata nel caso ad es. di usufrutto) e conseguente dovere per i terzi di astensione dal turbamento dell'esercizio del diritto stesso.

**FRANCHIGIA** – La somma che, per ogni sinistro, viene dedotta dall'ammontare dell'indennizzo e che resta a carico dell'Assicurato.

**IMPRESA** – Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

**INDENNIZZO** – La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro causato da evento coperto dalle garanzie di polizza.

**MASSIMALE** – Somma fino a concorrenza della quale l'Impresa risponde per ogni sinistro.

**MODULO DI ADESIONE** – Il documento sottoscritto dall'Assicurato che comprova la volontà di questi di aderire al contratto e l'inclusione dello stesso nella copertura assicurativa offerta dal contratto medesimo.

**POLIZZA** – Il documento che prova l'assicurazione.

**PREMIO** – La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

**RISCHIO** – Probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione.

**SCHEDE DI POLIZZA** – Il documento sottoscritto dal Contraente che comprova l'esistenza del vincolo contrattuale.

**SCOPERTO** – La parte dell'ammontare del danno che, per ogni sinistro, resta a carico dell'Assicurato.

**SINISTRO** – Il verificarsi dell'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione.

**TERZO** – Di norma non rivestono qualifica di Terzi:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia;
- b) i dipendenti dell'Assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.

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

Il Rappresentante legale  
Dr. Giorgio Introvigne



## SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Assistenza Salute mod. 5001 ed. 2023-07 – Ultimo aggiornamento 01/07/2023

In questa sezione il Contraente trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il Contraente medesimo, prevedendo diritti ed obblighi a carico delle parti.

### PREMESSA

Il presente contratto propone delle garanzie destinate unicamente ai soggetti che sono già Clienti del Contraente e che decidono, liberamente e attraverso la sottoscrizione del Modulo di adesione, di aderirvi.

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

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

### Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

I premi devono essere pagati all'Intermediario cui è assegnato il contratto assicurativo oppure all'Impresa.

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile se il Contraente non paga entro 30 giorni i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno successivo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

### Art. 3 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

### Art. 4 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'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 totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

### Art. 5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

### Art. 6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato e sino al sessantesimo giorno da quello in cui l'indennizzo è stato pagato od il sinistro è stato altrimenti definito, il Contraente o l'Impresa possono recedere dal contratto tramite lettera raccomandata AR o p.e.c. inviata all'altra parte.

Il recesso ha effetto:

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

In caso di recesso esercitato dall'impresa, il Contraente (decorsi 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso) non potrà più includere nuove applicazioni, fermo restando che i premi relativi alle applicazioni già incluse resteranno integralmente acquisiti dall'impresa, così come espressamente concordato tra le parti. Resta inteso che le applicazioni già incluse al momento della comunicazione del recesso rimarranno attive sino alla loro naturale scadenza originariamente concordata e prevista.

### Art. 7 – DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto stipulato dall'Impresa con il Contraente ha la durata di un anno a far data dal momento della sottoscrizione.

Salvo disdetta, inviata a mezzo racc. AR o p.e.c. da una Parte all'Altra entro 30 giorni dalla scadenza, il contratto s'intende tacitamente prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente.

### Art. 7 bis – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI

La durata delle Applicazioni decorre dalle ore 24.00 della data d'inclusione – così come comunicata dal Contraente all'Impresa – e si conclude dopo 365 giorni.

Resta inteso che, salvo disdetta inviata a mezzo racc. AR o p.e.c. entro 30 giorni dalla scadenza della singola Applicazione, quest'ultima s'intenderà tacitamente rinnovata per una ulteriore annualità e così successivamente.

### Art. 8 – ONERI FISCALI

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

### Art. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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

**Art. 10 - ASSICURATI**

Le garanzie sono prestate a favore dei soggetti dotati delle seguenti caratteristiche:

1. residenti in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato della Città del Vaticano;
2. di età pari o superiore a 18 anni;
3. che risultano già Clienti del Contraente, in quanto sottoscrittori o aderenti a polizze assicurative diverse dalla presente e intermedie dal medesimo Contraente;
4. che hanno manifestato la volontà di aderire al presente contratto attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione.

**Art. 11 - ESTENSIONE TERRITORIALE**

Le garanzie previste nel presente contratto saranno operanti esclusivamente nel territorio italiano, della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano.

## SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione si compone di unico capitolo, denominato "Assistenza alla persona", che disciplina le garanzie oggetto della presente Assicurazione, incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

### CAPITOLO 1 - ASSISTENZA ALLA PERSONA

#### Art. 12 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

##### A) CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora l'Assicurato avesse necessità di un consulto medico a seguito di malattia o infortunio, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato il proprio Servizio Medico.

Prestazione operante per ciascuna Applicazione una volta per anno assicurativo.

##### B) INVIO DI UN MEDICO

La Centrale Operativa mette a disposizione, tutti i giorni dalle ore 20.00 alle ore 08.00 successive e 24 ore su 24 al sabato e festivi, il proprio Servizio di Guardia Medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto; il costo dell'intervento è a carico dell'Impresa.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento in autoambulanza del paziente in un pronto soccorso; il costo di tale intervento è a carico dell'Impresa. La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno ed è valida esclusivamente in Italia.

##### C) TRASPORTO IN AMBULANZA

La Centrale Operativa, qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza.

Le spese di trasporto, con ambulanza, sono a carico dell'Impresa fino ad un massimo di 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

La prestazione è fornita 1 volta per anno assicurativo ed è valida esclusivamente in Italia.

##### D) CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24, la ricerca e consegna dei farmaci.

Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'Assicurato e quindi in farmacia.

Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

La prestazione è fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

##### E) RETE SANITARIA

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie, in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione dell'Assicurato, 24h/24 per tutti i giorni all'anno, per richiedere informazioni relative a:

- singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate.

##### F) GESTIONE DELL'APPUNTAMENTO

Qualora l'Assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Centrale Operativa di gestire un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'Assicurato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

Prestazione operante per ciascuna Applicazione una volta per anno assicurativo.

##### G) MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla privacy Regolamento UE 2016/679.

##### H) ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST RICOVERO A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a sette giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un totale di 5 accessi (della durata ciascuna di un'ora) per anno, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza. La prestazione viene fornita 24 ore su 24.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

La presente prestazione opererà entro il limite massimo di euro 50,00 per ogni ora di assistenza infermieristica.

### **Art. 13 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA**

Sono escluse le prestazioni per eventi causati da:

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni, belligeranza dichiarata o di fatto;**
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, altri fenomeni naturali a prescindere dall'intervenuta o meno dichiarazione dello stato di calamità o di emergenza;**
- c) pandemie o epidemie;**
- d) sviluppo comunque insorto, controllato o no, d'energia nucleare o di radioattività;**
- e) dolo dell'Assicurato;**
- f) negligenza dell'Assicurato.**

L'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza; in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi originali delle spese sostenute dall'Assicurato.

La Centrale Operativa non è responsabile per ritardi o impedimenti che possano insorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di assistenza, in caso di interventi delle Autorità locali che vietino l'intervento ovvero dovuti a cause di forza maggiore. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, si applicano le disposizioni di legge.

## SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

### Art. 14 – MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

In caso di necessità o di richiesta di prestazione, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno al numero verde con risposta personalizzata

**800.894153**

(+39.039.9890.724 per chi chiama dall'estero)

Qualora particolari esigenze tecniche lo impediscano, potrà contattare il numero +39.039.9890.001

L'Assicurato o la persona da questi autorizzata dovrà in ogni caso comunicare con precisione:

1. nome e cognome;
2. numero di polizza o qualsiasi riferimento che permetta di individuare il tipo di copertura o servizio al quale ha diritto;
3. eventuale documentazione medica a supporto della richiesta;
4. indirizzo e recapito telefonico;
5. luogo dove si trova al momento del sinistro e relativo recapito ove contattarlo in caso di bisogno.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita del diritto alla prestazione.

La corrispondenza o la documentazione per la richiesta di rimborso andrà inviata a:

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

#### **Per eventuali reclami scrivere a:**

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Reclami  
Centro Direzionale Colleoni  
Viale Colleoni, 21  
20864 Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it

#### **in caso di mancato riscontro scrivere a:**

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti  
Via del Quirinale, 21  
00187 ROMA (RM)

#### **Gestione dei rapporti assicurativi via web**

Il Contraente può richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa [www.nobis.it](http://www.nobis.it) la voce "**Richiedi le tue credenziali**" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.

Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa invia una e-mail all'indirizzo registrato con la login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.

L'accesso all'area riservata da diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- a) Le coperture assicurative in essere;
- b) Le condizioni contrattuali sottoscritte;
- c) 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 039-9890001.



## 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. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta**

*Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.*

*I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.*

*All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.*

*Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 1898 - Aggravamento del rischio**

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

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

*Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.*

*Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.*

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

#### **Art. 1901 - Mancato pagamento del premio:**

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

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

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

#### **Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro:**

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

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

#### **Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio**

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

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

#### **Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore**

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

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

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

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

#### **Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione**

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

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

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

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

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

## **CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE**

#### **Art. 166 - Criteri di redazione**

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

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

## **INFORMATIVA AI SENSI DEL CAPO III SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), recante disposizioni in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia"), Titolare del trattamento dei dati personale, fornisce l'Informativa ai soggetti interessati che forniscono i propri dati personali durante il rapporto contrattuale e intende trattare tali dati nell'ambito delle attività prestate dalla Compagnia.

### **1. Titolare del trattamento**

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO).

### **2. Tipologia di dati raccolti**

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

### **3. Finalità**

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

- a) finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *Contrattuale*);
- b) finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *legale*);
- c) finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*);
- d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 42 del Regolamento l'vass 41/2018 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

### **4. Modalità di trattamento**

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

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

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

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

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

### **5. Profilazione**

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

### **6. Comunicazione e diffusione dei dati**

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

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

### **7. Periodo di conservazione**

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

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

### **8. Diritti dell'interessato**

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

Il presente Set Informativo  
è aggiornato alla data del 01 luglio 2023