



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ASSISTENZA SERENA

PREMIUM

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO WCN.2020-2020.001 – EDIZIONE 01.11.2020

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894147

NUMERO dall'estero
+39.039.9890720



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

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

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 Serena Premium

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

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

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La presente polizza offre varie prestazioni di Assistenza medica alla persona in caso di necessità sanitarie dell'Assicurato e/o dei suoi famigliari conviventi, Assistenza relativa alla proprietà e/o conduzione dell'abitazione di residenza o domicilio, copertura RC Vita privata e copertura Covid Family. Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti dal Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ Assistenza Medica

L'Impresa provvederà ad organizzare e gestirà attraverso la Struttura Organizzativa le prestazioni di Assistenza previste in caso di necessità sanitarie dell'Assicurato e/o dei suoi famigliari conviventi. In particolare, sono previste le seguenti prestazioni:

- Rete sanitaria;
- Gestione dell'appuntamento;
- Trasporto in ambulanza;
- Consegna farmaci a domicilio;
- Trasporto sanitario;
- Assistenza infermieristica.

✓ Assistenza Casa

L'Impresa provvederà ad organizzare e gestirà attraverso la Struttura Organizzativa le prestazioni previste in caso di necessità dell'Assicurato relative alla proprietà e/o conduzione dell'abitazione di residenza o domicilio. In particolare, sono previste le seguenti prestazioni:

- Invio di un elettricista a domicilio;
- Invio di un idraulico a domicilio;
- Invio di un fabbro a domicilio.

✓ Responsabilità civile vita privata

L'Impresa si obbliga – fino alla concorrenza del massimale per Applicazione pari a euro 250.000 (duecentocinquantamila/00) – a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi esclusivamente nell'ambito dell'attività extraprofessionale (i.e. la vita privata).

L'assicurazione vale inoltre:

- a) per la responsabilità civile dei familiari risultanti dallo stato di famiglia;
- b) per la responsabilità civile che possa derivare all'assicurato da fatto illecito cagionato da persone delle quali debba rispondere (figli minori e collaboratori familiari);
- c) per la responsabilità civile di ogni altra persona stabilmente convivente e residente con l'assicurato e risultante dallo stato di famiglia.

✓ Covid Family

La garanzia prevede la corresponsione in favore dell'Assicurato di una Diaria da ricovero e di una Diaria da convalescenza.

N.B: Le coperture effettivamente operanti sono quelle riportate sul Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Per la garanzia Assistenza Medica non sono assicurabili persone affette da malattie mentali, disturbi psichici in genere, nevrosi e relative conseguenze;
- ✗ Per la garanzia assistenza Casa non sono assicurabili abitazioni diverse dalla residenza anagrafica o del domicilio dell'Assicurato.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

L'indennizzo per la garanzia Assistenza medica non è dovuto in caso di sinistro causato da:

- ! Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e/o per effetto di gare automobilistiche e motociclistiche e relative prove ed allenamenti, stato di guerra, rivoluzione, saccheggi, eventi sociopolitici quando equiparabili a catastrofe, terremoti, epidemie, pandemie, provvedimenti dell'Autorità (anche Sanitaria), fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio; abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dell'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; non abilitazione dell'Assicurato alla conduzione del veicolo a norma delle disposizioni di legge in vigore. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- ! Tutte le prestazioni, quando non diversamente indicato, sono fornite per un massimo di 3 (tre) volte per tipo entro ciascun anno (365 giorni) di validità della polizza.
- ! La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della polizza è di 60 giorni.
- ! La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.
- ! Il diritto alle assistenze fornite dall'Impresa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- ! 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 2 (due) anni (730 giorni) dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.
- ! Tutte le eccedenze ai massimali previsti nelle singole prestazioni così come tutti gli anticipi di denaro previsti nelle prestazioni medesime, verranno concessi compatibilmente con le disposizioni, in materia di trasferimento di valuta, vigenti in Italia e nel paese dove momentaneamente si trova l'Assicurato e a condizione che l'Assicurato, anche tramite persona da lui indicata, possa fornire alla Struttura Organizzativa adeguate garanzie per la restituzione di ogni somma anticipata. L'Assicurato deve provvedere al rimborso della somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.
- ! A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra Impresa di Assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni Impresa assicuratrice e specificatamente all'Impresa nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui attivasse altra Impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi lui addebitati dall'Impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.
- ! All'interno di ciascuna garanzia sono indicate le eventuali ulteriori esclusioni proprie delle stesse.

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale:

- per la garanzia Assistenza Medica in tutto il mondo;
- per la garanzia Assistenza Casa nel solo territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- per la garanzia Responsabilità Civile Vita Privata in tutto il mondo;
- per la garanzia Covid family nel solo territorio della Repubblica Italiana.

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 del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto all'Indennizzo.

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

Il Contraente e l'Assicurato, in caso di sinistro, devono 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, per il tramite del Contraente, 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.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Il contratto sottoscritto dal Contraente avrà durata risultante dal Modulo di polizza e non si rinnoverà tacitamente alla scadenza. Le singole coperture avranno durata annuale e si rinnoveranno tacitamente alla scadenza.

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

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Il contratto si risolve automaticamente alla sua naturale scadenza e non può essere tacitamente rinnovato.

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

ASSICURAZIONE ASSISTENZA + R.C.

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Prodotto Assistenza Serena Premium

Versione n. 1 del Novembre 2020 (ultimo disponibile)

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

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

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

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

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

Esercizio 2019

Bilancio approvato il 30/04/2020

Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 58.796.752 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 19.680.981.

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 204,04% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 450,95% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

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

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



CHE COSA È ASSICURATO?

L'Impresa fornisce all'Assicurato prestazioni di assistenza a seconda della necessità dello stesso, sulla base delle garanzie acquistate, inerenti alla gestione della propria abitazione nonché all'aspetto medico-sanitario e alla garanzia R.C. Vita privata e diaria da ricovero conseguente a Covid.

Di seguito vengono indicate le informazioni aggiuntive per ciascuna garanzia rispetto a quanto indicato nel Dip Base ASSISTENZA SERENA PREMIUM.

Assistenza Medica	<p>App con Nobis Tramite la propria Applicazione, Nobis mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza medica 24h su 24 ovunque nel mondo, con il servizio medico/sanitari in videochiamata, oltre al servizio che permette, direttamente tramite la App, il contatto con la Struttura Organizzativa per la richiesta di assistenza necessaria in quel momento. Nel corso del periodo di validità del servizio l'Assicurato accedendo al servizio tramite username e password definite in fase di registrazione, potrà attivare sessioni di assistenza on-line a distanza tramite videoconferenza. In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di videoconferenza, l'Assicurato può accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il Numero Verde 800.894.147 o dall'estero componendo il numero telefonico +39.039.9890.720.</p>
Assistenza Casa	<p>App con Nobis Tramite la propria Applicazione, Nobis mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza medica 24h su 24 ovunque nel mondo, con il servizio medico/sanitari in videochiamata, oltre al servizio che permette, direttamente tramite la App, il contatto con la Struttura Organizzativa per la richiesta di assistenza necessaria in quel momento. Nel corso del periodo di validità del servizio l'Assicurato accedendo al servizio tramite username e password definite in fase di registrazione, potrà attivare sessioni di assistenza on-line a distanza tramite videoconferenza. In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di videoconferenza, l'Assicurato può accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il Numero Verde 800.894.147 o dall'estero componendo il numero telefonico +39.039.9890.720.</p>

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Nobis ASSISTENZA SERENA PREMIUM.
---------------------------	--

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Indicare l'opzione	<p>Le garanzie previste nel presente contratto sono commercializzate secondo le combinazioni qui di seguito dettagliate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Formula 1": Assistenza medica + Assistenza casa; • "Formula 2": Formula 1 + R.C. Vita privata; • "Formula 3": Formula 2 + Covid family <p>Il premio annuale relativo a ciascuna Formula è dettagliato come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Formula 1": premio annuale pari a euro 120,00; • "Formula 2": premio annuale pari a euro 365,00; • "Formula 3": premio annuale pari a euro 500,00.
---------------------------	---



CHE COSA NON È ASSICURATO?

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le esclusioni valide per la garanzia "Assistenza medica", sono già state elencate nel Dip Base.

Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni relative alle altre garanzie.

Assistenza Casa	<p>Sono escluse le prestazioni per eventi causati da:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni; b) tutte le prestazioni, quando non diversamente indicato, sono fornite per un massimo di 3 (tre) volte per tipo entro ciascun anno (365 giorni) di validità della polizza. c) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, altri fenomeni naturali; d) sviluppo comunque insorto, controllato o no, d'energia nucleare o di radioattività; e) dolo dell'assicurato. <p>L'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Struttura Organizzativa. Se l'assicurato non usufruisce di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. Per qualsiasi richiesta di informazione l'assicurato deve rivolgersi direttamente alla Struttura Organizzativa, restando inteso che il Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione.</p> <p>La Struttura Organizzativa 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.</p> <p>Nessuna prestazione potrà essere erogata in caso di epidemie o pandemie o provvedimenti dell'Autorità (anche Sanitaria) che ne vietino l'erogazione o la rendano eccessivamente onerosa.</p>
------------------------	---

Responsabilità civile Vita privata	<p>L'assicurazione non comprende i danni:</p> <ol style="list-style-type: none"> derivanti dall'esercizio di attività professionali, di industria o di commercio o comunque di attività a qualsiasi titolo retribuite; derivanti da furto; derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi aerei e di locomozione a motore, fatto salvo quanto disposto all'art. 29, lettera i); conseguenti ad inadempienze di obblighi contrattuali e fiscali; di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da: pandemia, inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione; da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate; derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali non domestici; derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria; derivanti da umidità, stitlicidio ed in genere da insalubrità dei locali; responsabilità, di qualsiasi natura e comunque occasionata, direttamente o indirettamente derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura asbesto; conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite.
---	--



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>In caso di sinistro, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, facente capo al</p> <p style="text-align: center;">Numero Verde 800 894147 o, se dall'estero, +39.039.9890.720 o, tramite l'App Dedicata</p> <p>(seguendo le istruzioni presenti nel menù, in base alla tipologia di Assistenza necessaria in quel momento)</p> <p>In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:</p> <ol style="list-style-type: none"> Il tipo di assistenza di cui necessita. Nome e Cognome Numero di Polizza Indirizzo del luogo in cui si trova Il recapito telefonico a cui la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'assistenza. <p>La Struttura Organizzativa, ricevuta la richiesta di assistenza, interverrà erogando il servizio previsto. La Struttura Organizzativa è a disposizione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno per accogliere le richieste dell'assicurato. L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.</p> <p>Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).</p> <p>La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.</p> <p>L'Impresa ha il diritto di verificare l'esistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia; l'assicurato, su richiesta dell'Impresa, deve fornire gli elementi necessari ad attestare l'effettivo verificarsi dell'evento dannoso.</p> <p>L'Impresa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazioni di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella polizza o dalla Legge.</p> <p>L'assicurato per ottenere assistenza, deve obbligatoriamente contattare la Struttura Organizzativa alla quale dovrà comunicare le sue generalità e l'eventuale indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono e simili), il tipo di intervento richiesto, nonché (per l'inoltro di ricambi), il genere del pezzo di ricambio e i dati dell'officina incaricata delle riparazioni.</p> <p>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 Struttura Organizzativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) nel caso in cui la Struttura Organizzativa, preventivamente contattata, ha autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Struttura Organizzativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Si specifica che il contratto prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa. L'assicurato potrà verificare sul sito dell'Impresa (www.nobis.it) l'elenco delle Strutture Convenzionate e gli eventuali aggiornamenti.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.</p> <p>Prescrizione: 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.</p>
---------------------------------------	---

<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p> <p>Il Contraente e l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. di ogni aggravamento o diminuzione del rischio.</p> <p>Gli aggravamenti di rischio non noti a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., possono comportare la perdita parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>La Struttura Organizzativa, ricevuta la richiesta di assistenza, interverrà erogando il servizio previsto.</p> <p>La Struttura Organizzativa è a disposizione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno per accogliere le richieste dell'assicurato. L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.</p> <p>Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).</p> <p>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.</p>



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

<p>Premio</p>	<p>La presente copertura è rilasciata in forma collettiva ad adesione.</p> <p>Il Contraente si impegna a comunicare giornalmente all'Intermediario che ha in carico il contratto i dati relativi alle inclusioni effettuate nel giorno stesso; la mancata comunicazione corrisponde a mancata copertura. L'Intermediario trasmette giornalmente all'Impresa le singole coperture.</p> <p>Il contratto 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 alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento fermi le successive scadenze ed il diritto della Impresa al pagamento dei premi scaduti.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>In caso di interruzione a qualsiasi titolo delle singole coperture, le stesse perdono efficacia ed il premio rimane acquisito interamente dall'Impresa.</p> <p>Il contratto, per le sole coperture stipulate a distanza, prevede il diritto di recesso per ripensamento da parte dell'Assicurato. Quest'ultimo entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, avvenuta tramite il pagamento del premio, ha la facoltà di recedere inviando all'Impresa (per tramite del Contraente) una raccomandata AR o una p.e.c. contenente gli elementi identificativi del contratto e restituendo in originale la documentazione contrattuale ricevuta. Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata AR o della p.e.c. Alla ricezione di tutti i documenti, l'Impresa è tenuta a rimborsare, per tramite del Contraente, la parte di premio riferito al periodo non usufruito al netto delle imposte.</p>



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

<p>Durata</p>	<p>La presente polizza collettiva ha durata risultante dal Modulo di polizza e non si rinnova tacitamente alla scadenza. Le singole coperture hanno durata annuale e si rinnovano tacitamente alla relativa scadenza.</p>
<p>Sospensione</p>	<p>Non è ammessa la sospensione del contratto o delle singole garanzie.</p>



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • 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; • di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviato, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole; • 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.
Risoluzione	<p>Il Contraente può chiedere la risoluzione del Contratto in corso d'anno, nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasferimento di proprietà del veicolo; • Distruzione, demolizione, rottamazione od esportazione definitiva del veicolo assicurato; • In caso di sinistro. <p>Il Contratto cesserà anticipatamente anche a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nella Sezione "Che cosa è Assicurato" – Assistenza Circolazione, Assistenza Medica e Assistenza Casa.</p>



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto alla persona fisica che desidera avere assistenza medicosanitaria, ovvero che desidera essere assistito per le avvenimenti inerenti alla gestione della propria abitazione o gli eventi che coinvolgono la propria Responsabilità Civile vita privata o desidera essere tutelato in caso d'infezione da COVID.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta.
 Costi di intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il ramo 2 (Malattia) è pari al 22,99%, per il ramo 13 (RC Generale) è pari al 22,21%, per il ramo 18 (Assistenza) è pari al 46,69%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it , utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito www.ivass.it , sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali: (indicare quando obbligatori)

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Eventuali controversie relative a differenti interpretazioni delle clausole contrattuali o sulla entità dell'indennizzo possono essere risolti direttamente tra le parti ovvero, quando una delle Parti lo richieda, attraverso la nomina di periti effettuata rispettivamente dall'Assicurato e dalla Compagnia. I periti, in caso di disaccordo, ne eleggono un terzo e le loro decisioni sono prese a maggioranza di voti. Se una delle Parti non procede alla nomina del proprio perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, la scelta sarà delegata al Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione risiede l'Assicurato. I periti decidono inappellabilmente senza alcuna formalità giudiziaria e la loro decisione, presa a maggioranza di voti, è vincolante per le Parti, anche se il dissenziente non l'abbia sottoscritta. <p>Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio perito; le spese del terzo perito sono a carico della Compagnia e dell'Assicurato in parti uguali. L'Arbitrato irrituale non preclude all'Assicurato la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. La città, sede di svolgimento dell'arbitrato, sarà quella più vicina al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.</p>

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

SEZIONE A – GLOSSARIO E DEFINIZIONI.....	1
SEZIONE B – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	2
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Modifica del rischio	2
Art. 2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	2
Art. 3 – Polizza collettiva ad adesione	2
Art. 4 – Comunicazione per l’operatività della polizza.....	2
Art. 5 – Validità	2
Art. 6 – Durata del contratto.....	2
Art. 6 Bis – Durata delle singole applicazioni.....	2
Art. 7 – Validità territoriale.....	2
Art. 8 – Assicurazione presso diversi assicuratori.....	3
Art. 9 – Oneri fiscali.....	3
Art. 10 – Rinvio alle norme di legge	3
Art. 11 – Rivalsa	3
Art. 12 – Facoltà di recesso su polizze di durata poliennale, facoltà di recesso bilaterale in caso di sinistro e diritto di ripensamento	3
Art. 13 – Cessazione delle garanzie	3
Art. 14 – Interruzione del contratto	3
Art. 15 – Cessione del contratto.....	3
Art. 16 – Sospensione in corso di contratto.....	3
Art. 17 – Foro competente	3
Art. 18 – Forza probatoria del contratto – Forma delle comunicazioni.....	4
Art. 19 – Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto	4
Art. 20 – Beneficiari.....	4
Art. 21 – Modifiche delle garanzie.....	4
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL’ASSICURAZIONE.....	5
PREMESSA – APP DEDICATA.....	5
Capitolo 1 – Assistenza Medica.....	6
Art. 22 – Oggetto dell’assicurazione	6
Art. 23 – Garanzie prestate	6
Art. 24 – Esclusioni valide per il presente capitolo	7
Capitolo 2 – Assistenza Casa	9
Art. 25 – Oggetto dell’assicurazione	9
Art. 26 – Garanzie prestate	9
Art. 27 – Esclusioni valide per il presente capitolo	9
Capitolo 3 – Responsabilità Civile Vita Privata	9
Art. 28 – Oggetto dell’assicurazione e persone assicurate	9
Art. 29 – Rischi compresi.....	10
Art. 30 – Esclusioni	10
Art. 31 – Estensione territoriale	11
Art. 32 – Persone non considerate terzi.....	11
Art. 33 – Obblighi dell’assicurato in caso di sinistro	11
Art. 34 – Gestione delle vertenze di danno – Spese legali	11
Capitolo 4 – Covid Family	11
PREMESSA.....	11
Art. 35 – Diaria da ricovero - Oggetto dell’assicurazione	11
Art. 36 – Prestazioni.....	11
Art. 37 – Indennità da convalescenza - Oggetto dell’assicurazione	11
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO.....	12
Art. 38 – Denuncia del sinistro	12
Art. 39 – Obblighi dell’assicurato in caso di sinistro assistenza	12
APPENDICE NORMATIVA	14
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016 / 679 (GDPR)	16

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 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.

Abitazione: l'abitazione, ubicata nel territorio dello Stato Italiano, presso cui l'assicurato ha la propria residenza anagrafica o il domicilio;

Alienazione: la vendita, la demolizione, la distruzione o l'esportazione definitiva del veicolo;

Applicazione: documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e il cui nominativo è comunicato dal Contraente all'Impresa;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Autorità: Autorità di Pubblica sicurezza;

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione con l'Impresa;

Danno Extracontrattuale: danno conseguente a fatto illecito che non presume l'esistenza di alcun rapporto contrattuale;

Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dal Contraente;

Durata dell'Applicazione: il periodo di validità della singola copertura scelto dall'Assicurato;

Esplosione: sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione, dovuto a reazione chimica che si autopropaga con elevata velocità;

Eventi naturali: danni che risultano essere l'effetto immediato e diretto degli eventi naturali quali grandine, tempeste, uragani, mareggiate, trombe d'aria, inoltre, purché non derivanti da fenomeni sismici sono compresi frane e smottamenti del terreno, valanghe e slavine;

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

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

Incendio: l'autocombustione con sviluppo di fiamma;

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

Modulo di Adesione: il documento sottoscritto dall'Assicurato che prova l'adesione alla polizza;

Modulo di Polizza: il documento sottoscritto dal Contraente che prova l'esistenza del contratto di assicurazione;

Nucleo Familiare: ai sensi del presente contratto, s'intendono rientranti in questa definizione esclusivamente il coniuge o il convivente *more uxorio* e i figli dell'Aderente, a condizione che detti soggetti risultino dallo stato di famiglia di quest'ultimo;

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

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

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

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

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

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

Struttura organizzativa: la struttura dell'Impresa costituita da tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato/Locatario e organizza ed eroga le prestazioni di assistenza;

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.

Transazione: accordo con il quale le parti, con reciproche concessioni, definiscono un contenzioso anche giudiziale.

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

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Assistenza Serena Premium, Mod. WCN.2020-2020.001 - Ultimo aggiornamento 01.11.2020

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.

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

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

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

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

Il premio relativo a ciascun Assicurato (vedi Sezione C per il dettaglio) è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, fermo il disposto di cui all'articolo 1901 Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure direttamente all'Impresa.

Art. 3 – POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE

La presente copertura è rilasciata in forma collettiva ad adesione, il Contraente provvede a consegnare agli Assicurati il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari (allegato 3 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018), la dichiarazione sui dati essenziali dell'intermediario (allegato 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018), l'Informativa precontrattuale, comprensiva dei DIP Base, DIP Aggiuntivo, Glossario e Condizioni di Assicurazione contenuti nel Set informativo previsto dal Regolamento 41/2018 ed il Modulo di adesione alle singole coperture, tutto quanto consegnato in forma cartacea o su altro supporto durevole.

Il Contraente si impegna a comunicare giornalmente all'Intermediario che ha in carico il contratto i dati alle inclusioni effettuate nel giorno stesso; la mancata comunicazione corrisponde a mancata copertura e, pertanto, nessuna prestazione potrà essere erogata dall'Impresa.

L'Intermediario trasmette giornalmente all'Impresa le singole nuove coperture.

Le singole coperture hanno durata annuale o poliennale – così come risultante dal Modulo di adesione – e non si rinnovano tacitamente alla scadenza.

Art. 4 - COMUNICAZIONE PER L'OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Il Contraente provvederà a comunicare all'Impresa i seguenti dati relativi alle Coperture attivate:

- Dati anagrafici e residenza dell'Assicurato (con ubicazione del rischio per la garanzia Assistenza Casa, Responsabilità Civile vita privata e Covid Family);
- Inizio della copertura;
- Fine della copertura;
- Garanzie attivate;

tramite canale "Web Services" implementato dall'Impresa.

Resta dunque espressamente inteso tra le Parti che l'omessa, incompleta o ritardata comunicazione da parte del Contraente dei dati relativi agli Assicurati aventi diritto alle prestazioni, non potrà in alcun modo essere imputata all'Impresa la quale, fermo quanto disposto dall'Art. 3, verrà comunque tenuta indenne dal Contraente per ogni ulteriore e diversa pretesa che le venisse avanzata dagli Assicurati medesimi o loro aventi causa, ivi compresi eventuali richieste di risarcimento danni e delle spese legali.

Art. 5 – VALIDITÀ

Il rapporto assicurativo è regolato dal presente Set Informativo, dal Modulo di polizza e dal Modulo di adesione.

Art. 6 – DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha la durata risultante dal Modulo di polizza.

Resta espressamente escluso qualsiasi tacito rinnovo.

ART. 6 BIS – DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI

Le coperture offerte dal presente contratto avranno nei confronti dei singoli Assicurati la durata da questi ultimi prescelta e risultante dal Modulo di adesione, pari a 12 mesi.

Alla scadenza risultante dal Modulo di adesione, l'Applicazione s'intenderà rinnovata per una ulteriore annualità e così successivamente, salvo il caso di disdetta a mezzo raccomandata AR inviata da una Parte all'altra con 30 giorni di preavviso.

ART. 7 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale:

- per la garanzia Assistenza Medica in tutto il mondo;
- per la garanzia Assistenza Casa nel solo territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- Per la garanzia Responsabilità Civile Vita Privata in tutto il mondo;
- Per la garanzia Covid family nel solo territorio della Repubblica Italiana.

Art. 8 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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

Art. 9 - ONERI FISCALI

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

Art. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 11 - RIVALSA

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

ART. 12 - FACOLTÀ DI RECESSO SU POLIZZE DI DURATA POLIENNALE, FACOLTÀ DI RECESSO BILATERALE IN CASO DI SINISTRO E DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il presente contratto, per le sole coperture stipulate a distanza, prevede il diritto di recesso per ripensamento da parte dell'Assicurato. Quest'ultimo entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, avvenuta tramite il pagamento del premio, ha la facoltà di recedere inviando all'Impresa (per tramite del Contraente) una raccomandata AR o una p.e.c. contenente gli elementi identificativi del contratto e restituendo in originale la documentazione contrattuale ricevuta.

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

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

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

Il recesso ha effetto:

- **nel caso di recesso del Contraente:** dalla data di invio della sua comunicazione all'Impresa;
- **nel caso di recesso dell'Assicurato:** dalla data di invio della sua comunicazione all'Impresa (per tramite del Contraente);
- **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.

L'Impresa può inoltre riservarsi di confermare il proseguimento della copertura assicurativa per tutte le Applicazioni attive fino alla loro naturale scadenza o, al contrario, mettendo a disposizione di ogni singolo Assicurato (per tramite del Contraente) la parte di premio pagata e non goduta, può decidere di recedere anche da tutte le applicazioni attive.

Parimenti, resta altresì inteso come l'Impresa potrà esercitare il proprio diritto di recesso anche nei confronti del singolo assicurato con le medesime modalità di cui sopra.

In caso di recesso dell'Assicurato, in assenza di sinistri liquidati o riservati, l'Impresa restituirà (per tramite del Contraente) la parte di premio pagata e non goduta, al netto delle imposte.

Art. 13 - CESSAZIONE DELLE GARANZIE

Nel caso di mancato pagamento del Premio, l'Impresa può intendere il contratto risolto di diritto secondo quanto disposto all'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 14 - INTERRUZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interruzione a qualsiasi titolo delle singole coperture, le stesse perdono efficacia ed il premio rimane acquisito interamente dall'Impresa.

Art. 15 - CESSIONE DEL CONTRATTO

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

Art. 16 - SOSPENSIONE IN CORSO DI CONTRATTO

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

Art. 17 - FORO COMPETENTE

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

Art. 18 - FORZA PROBATORIA DEL CONTRATTO – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Il Modulo di polizza firmato è il solo documento che attesta le condizioni regolatrici dei rapporti tra l'Impresa e il Contraente. Il Modulo di adesione è il solo documento che attesta l'inclusione del singolo Assicurato nella copertura assicurativa. Le comunicazioni che il Contraente intende effettuare durante il corso del contratto assicurativo devono essere fatte con lettera raccomandata AR o p.e.c. indirizzata all'Impresa.

Art. 19 – PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

Art. 20 – BENEFICIARI

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

Art. 21 – MODIFICHE DELLE GARANZIE

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

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 4 capitoli principali (Assistenza Medica – Assistenza Casa - RC vita privata – COVID Family) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione, incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

Le garanzie previste nel presente contratto sono commercializzate secondo le combinazioni qui di seguito dettagliate:

- “Formula 1”: Assistenza medica + Assistenza casa;
- “Formula 2”: Formula 1 + R.C. Vita privata;
- “Formula 3”: Formula 2 + Covid family.

Il premio annuale relativo a ciascuna Formula è dettagliato come segue:

- “Formula 1”: premio annuale pari a euro 120,00;
- “Formula 2”: premio annuale pari a euro 365,00;
- “Formula 3”: premio annuale pari a euro 500,00.

PREMESSA – APP DEDICATA

Tramite la propria Applicazione, l'Impresa mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di assistenza medica 24h su 24 ovunque nel mondo, con il servizio medico/sanitari in videochiamata, oltre al servizio che permette, direttamente tramite la App, il contatto con la Struttura Organizzativa per la richiesta di assistenza necessaria in quel momento (per la circolazione e/o per la casa), sulla base delle seguenti condizioni:

a) Descrizione del servizio

L'assicurato, a seguito dell'inclusione nella copertura offerte dalla presente polizza, può scaricare l'App Dedicata (disponibile su Apple Store e Google Play) accedendo, attraverso autenticazione, ai servizi di assistenza come descritti di seguito.

b) Durata del servizio

I servizi di assistenza presenti nell'App Dedicata decorrono dalla data di emissione della polizza e cessano alla scadenza della stessa.

c) Come accedere ai servizi dell'app Dedicata

1) SCARICA GRATUITAMENTE L'APP DEDICATA

Disponibile per smartphone e tablet è scaricabile gratuitamente da:

GOOGLE PLAY STORE



APPLE APP STORE



2) REGISTRATI IN DUE PASSAGGI

Per registrarsi è sufficiente inserire:

- il numero di polizza
- un indirizzo e-mail valido
- nome e cognome
- una password personale

3) RICHIEDI ASSISTENZA IN VIDEO-CHIAMATA

Uno dei maggiori pregi dell'app è quello di essere un'app snella e molto intuitiva. Uno dei valori aggiunti per chi necessita assistenza, infatti, è quello di poter entrare in contatto tempestivamente e con il minor dispendio di energia possibile con chi può fornirgli un aiuto. Per questo, richiedere assistenza in video-chiamata è semplicissimo: è sufficiente premere sul pulsante INIZIA SUBITO UNA VIDEO-ASSISTENZA dalla relativa sezione per entrare in contatto con la Struttura Organizzativa Nobis, 24 ore su 24, 365 giorni l'anno e ricevere una pronta assistenza a casa o in qualsiasi parte del mondo. Qualora fosse necessario, la video-chiamata sarà trasferita al Servizio Medico che potrà assistere il Cliente con consigli medici e una prima assistenza.

In mancanza di una connessione internet adeguata, invece, l'app permette comunque di effettuare una telefonata tradizionale.



d) Consulti medici in video conferenza

L'App dedicata mette a disposizione dell'Assicurato consulti medici in video conferenza 24 ore su 24 attraverso la sezione Video-Assistenza.

In caso di necessità, se presente una connessione Internet a banda sufficiente al funzionamento del servizio di video-conferenza, l'Assicurato potrà effettuare una videochiamata 24 ore su 24 alla Struttura Organizzativa la quale organizzerà l'accesso a sessioni di video-conferenza di consulto medico con il Servizio Medico della Struttura Organizzativa.

La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Struttura Organizzativa ed è fornita gratuitamente per un massimo di 10 volte per il periodo di validità della polizza.

In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di video-conferenza, l'assicurato potrà alternativamente accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il Numero Verde 800-894147 oppure il numero +39.039.9890.720

e) Costo della prestazione

L'Impresa tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione dei consulti medici attivabili dalla App Dedicata secondo le limitazioni indicate al punto d).

CAPITOLO 1 - ASSISTENZA MEDICA

La copertura assicurativa si intende estesa alle sottoindicate garanzie le quali sono valide ed operanti solo se sono state richiamate sul Modulo di adesione ed è stato corrisposto il relativo premio.

Le attività di servizio inserite nella garanzia assistenza sono offerte a titolo gratuito.

Art. 22 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa provvederà ad organizzare e gestirà attraverso la Struttura Organizzativa le prestazioni indicate nei successivi articoli, previste in caso di necessità sanitarie dell'Assicurato e/o dei suoi famigliari conviventi, anche se non legate ad eventi da circolazione.

Art. 23 - GARANZIE PRESTATE

Consulti medici

La Struttura Organizzativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

Invio medico in Italia

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa e a seguito di una prima valutazione telefonica con il medico di guardia interno, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa 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 esclusivamente in Italia e per un massimo di 3 volte per anno.**

Rete sanitaria

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie in rapporto di convenzione con la Struttura Organizzativa in tutta Italia, è a disposizione dell'assicurato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria:

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

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 Struttura Organizzativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il Centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'assicurato, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, l'assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

Trasporto in ambulanza

La Struttura Organizzativa, 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 100 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

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

Consegna farmaci a domicilio

La Struttura Organizzativa 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 2 volte per anno assicurativo.

Trasporto sanitario

Il Servizio Medico della Struttura Organizzativa in seguito a infortunio o malattia improvvisa dell'assicurato occorsi all'estero, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale e, se necessario/possibile quello di famiglia, ne organizzerà il trasporto sanitario. In base alla gravità del caso, l'assicurato sarà trasportato nell'Istituto di cura più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla Sua residenza. Ad insindacabile giudizio del Servizio Medico della Struttura Organizzativa, il trasporto Sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

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

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto sarà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Struttura Organizzativa.

Il trasporto sanitario sarà effettuato unicamente all'interno dei paesi dell'Unione Europea.

Tutti i costi di organizzazione e trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto, sono a carico dell'Impresa.

Assistenza infermieristica

Qualora a seguito di ricovero per infortunio o malattia, l'assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione personale infermieristico tenendo a carico il costo per un massimo di Euro 50,00 al giorno e fino a 2 giorni consecutivi.

ART. 24 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL PRESENTE CAPITOLO

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono inoltre le seguenti condizioni generali:

- Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e/o per effetto di gare automobilistiche e motociclistiche e relative prove ed allenamenti, stato di guerra, rivoluzione, saccheggi, eventi sociopolitici quando equiparabili a catastrofe, epidemie, pandemie, provvedimenti dell'Autorità (anche Sanitaria), terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio; abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dell'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; non abilitazione dell'Assicurato alla conduzione del veicolo a norma delle disposizioni di legge in vigore. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.**
- Tutte le prestazioni, quando non diversamente indicato, sono fornite per un massimo di 3 (tre) volte per tipo entro ciascun anno (365 giorni) di validità della polizza.**
- La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della polizza è di 60 giorni.**
- La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.**
- Il diritto alle assistenze fornite dall'Impresa decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.**
- 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 2 (due) anni (730 giorni) dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.**
- Tutte le eccedenze ai massimali previsti nelle singole prestazioni così come tutti gli anticipi di denaro previsti nelle prestazioni medesime, verranno concessi compatibilmente con le disposizioni, in materia di trasferimento di valuta, vigenti in Italia e nel paese dove momentaneamente si trova l'Assicurato e a condizione che l'Assicurato, anche tramite persona da lui indicata, possa fornire alla Struttura Organizzativa adeguate garanzie per la restituzione di ogni somma anticipata. L'Assicurato deve provvedere al rimborso della somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.**
- A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra Impresa di Assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni Impresa assicuratrice e specificatamente all'Impresa nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui attivasse altra Impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi lui addebitati dall'Impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.**
- Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nella presente "Sezione Assistenza" si applicano le disposizioni di legge.**

Inoltre la garanzia non è comunque operante per:

- a) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- b) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.
- c) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
- d) ricoveri finalizzati a condurre accertamenti diagnostici non resi necessari da Malattia o Infortunio (check-up);
- e) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- f) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e altre calamità naturali.
- g) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi allo stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, scioperi;
- h) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a dolo o colpa grave del Contraente e/o dell'Assicurato;
- i) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi ad un viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- j) le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note al momento dell'inclusione in copertura dell'Assicurato. Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie;
- k) le patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
- l) l'interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- m) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi all'uso non terapeutico di farmaci e/o psicofarmaci o sostanze stupefacenti o sostanze allucinogene, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali;
- n) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi alla pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante; Si ritiene compreso l'esercizio delle seguenti attività sportive se svolte unicamente a carattere ricreativo: immersioni con autorespiratore, sci fuori pista autorizzati dalle competenti autorità, bob, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing;
- o) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi al suicidio e/o al tentato suicidio dell'Assicurato;
- p) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi da atti di temerarietà dell'Assicurato.

Resta inoltre stabilito che:

- a) 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 Struttura Organizzativa e da questa organizzate. Eccezionalmente il rimborso può essere riconosciuto entro i limiti previsti dalla polizza nel caso in cui la Struttura Organizzativa, preventivamente contattata, ha autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza. In quest'ultimo caso devono pervenire all'Impresa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'Assicurato;
- b) l'Impresa non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture dell'Impresa delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità;
- c) l'Impresa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardo o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato;
- d) resta esclusa ogni responsabilità dell'Impresa derivante dall'operato degli eventuali Professionisti/Tecnici/Sanitari incaricati e/o scelti autonomamente dall'Assicurato;
- e) eventuali eccedenze di onorari dei professionisti intervenuti rispetto alle somme contrattualmente dovute dall'Impresa dovranno essere corrisposte direttamente dall'Assicurato al professionista intervenuto;
- f) gli spostamenti organizzati dall'Impresa sono effettuati utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo, in relazione alla tratta da percorrere e alle condizioni di salute dell'Assicurato;
- g) gli importi riconosciuti dall'Impresa a titolo di anticipo, sui quali non saranno applicati interessi, devono essere restituiti entro trenta giorni dalla messa a disposizione. Chi ottiene un anticipo di denaro deve fornire adeguate garanzie bancarie e sottoscrivere la ricevuta che gli verrà sottoposta dagli incaricati dell'Impresa ed attenersi alle disposizioni che gli saranno impartite dalla Struttura Organizzativa.

Il servizio di Prestazioni Sanitarie, fermi i limiti territoriali eventualmente previsti dalle singole prestazioni, è prestato in tutto il mondo, esclusi i paesi ove sussistano situazioni di guerra anche non dichiarata.

Tutte le prestazioni sono operative previo consenso dell'Assicurato e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

L'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Struttura Organizzativa.

Per qualsiasi richiesta di informazione l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Struttura Organizzativa, restando inteso che il Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione.

La Struttura Organizzativa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano insorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di assistenza, in caso di interventi dell'Autorità locali che vietino l'intervento.

CAPITOLO 2 – ASSISTENZA CASA

La copertura assicurativa si intende estesa alle sottoindicate garanzie le quali sono valide ed operanti solo se sono state richiamate sul Modulo di adesione ed è stato corrisposto il relativo premio.

Le attività di servizio inserite nella garanzia assistenza sono offerte a titolo gratuito.

Art. 25 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa provvederà ad organizzare e gestirà attraverso la Struttura Organizzativa le prestazioni indicate nei successivi articoli, previste in caso di necessità dell'Assicurato relative alla proprietà e/o conduzione dell'abitazione di residenza o domicilio.

Art. 26 – GARANZIE PRESTATE

Invio di un elettricista a domicilio

In caso di mancanza improvvisa di corrente elettrica in tutta la casa a seguito di guasto o corto-circuito dell'impianto elettrico del domicilio dell'assicurato, la Struttura Organizzativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, provvede ad attivare un tecnico elettricista presso l'abitazione. Sono a carico dell'Impresa il diritto d'uscita, il trasferimento del tecnico e 3 ore complessive di manodopera per la risoluzione dell'emergenza. Sono a carico dell'assicurato la manodopera eccedente, eventuali pezzi di ricambio e il materiale utilizzato per la riparazione.

Non danno luogo alla prestazione:

1. i guasti al cavo di alimentazione dell'abitazione;
2. l'interruzione della fornitura elettrica da parte dell'ente erogatore.

Invio di un idraulico a domicilio

In caso di otturazione/rottura delle tubature fisse o mobili dell'impianto idraulico o igienico sanitario del domicilio dell'assicurato e conseguente allagamento e/o infiltrazione e/o mancanza d'acqua in tutta la casa, la Struttura Organizzativa provvede 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, ad attivare un tecnico idraulico presso l'abitazione. Sono a carico dell'Impresa il diritto d'uscita, il trasferimento del tecnico e 3 ore complessive di manodopera per la risoluzione dell'emergenza. Sono a carico dell'assicurato la manodopera eccedente, eventuali pezzi di ricambio e il materiale utilizzato per la riparazione.

Non danno luogo alla prestazione:

1. l'interruzione della fornitura da parte dell'ente erogatore;
2. il semplice guasto di rubinetti;

invio di un fabbro a domicilio

In caso di:

1. furto, smarrimento, rottura delle chiavi o della serratura della porta d'ingresso;
2. furto o tentato furto al domicilio che compromettano la funzionalità della porta d'ingresso e non garantiscano la sicurezza della stessa;

la Struttura Organizzativa provvede 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, ad attivare un fabbro presso l'abitazione. Sono a carico dell'Impresa il diritto d'uscita, il trasferimento del tecnico e 3 ore complessive di manodopera per la risoluzione dell'emergenza. Sono a carico dell'assicurato la manodopera eccedente, eventuali pezzi di ricambio e il materiale utilizzato per la riparazione.

Art. 27 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL PRESENTE CAPITOLO

Sono escluse le prestazioni per eventi causati da:

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- b) tutte le prestazioni, quando non diversamente indicato, sono fornite per un massimo di 3 (tre) volte per tipo entro ciascun anno (365 giorni) di validità della polizza.
- c) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, altri fenomeni naturali;
- d) sviluppo comunque insorto, controllato o no, d'energia nucleare o di radioattività;
- e) dolo dell'assicurato.

L'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Struttura Organizzativa. Se l'assicurato non usufruisce di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. Per qualsiasi richiesta di informazione l'assicurato deve rivolgersi direttamente alla Struttura Organizzativa, restando inteso che il Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione.

La Struttura Organizzativa 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.

Nessuna prestazione potrà essere erogata in caso di epidemie o pandemie o provvedimenti dell'Autorità (anche Sanitaria) che ne vietino l'erogazione o la rendano eccessivamente onerosa.

CAPITOLO 3 – RESPONSABILITÀ CIVILE VITA PRIVATA

La copertura assicurativa si intende estesa alle sottoindicate garanzie le quali sono valide ed operanti solo se sono state richiamate sul Modulo di adesione ed è stato corrisposto il relativo premio.

Art. 28 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PERSONE ASSICURATE

L'Impresa si obbliga – fino alla concorrenza del massimale per Applicazione pari a euro 250.000 (duecentocinquantamila/00) – a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di

risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi esclusivamente nell'ambito dell'attività extraprofessionale (i.e. la vita privata).

L'assicurazione vale inoltre:

- a) per la responsabilità civile dei familiari risultanti dallo stato di famiglia;
- b) per la responsabilità civile che possa derivare all'assicurato da fatto illecito cagionato da persone delle quali debba rispondere (figli minori e collaboratori familiari);
- c) per la responsabilità civile di ogni altra persona stabilmente convivente e residente con l'assicurato e risultante dallo stato di famiglia.

Art. 29- RISCHI COMPRESI

L'assicurazione vale altresì per le responsabilità derivanti:

- a) dalla proprietà e/o conduzione del Fabbricato adibito ad abitazione principale o secondaria dell'assicurato, compresi i relativi impianti, dipendenze, giardini, strade private, alberi anche ad alto fusto, attrezzature sportive e piscine, recinzioni in genere, nonché cancelli automatici. In conformità a quanto previsto dalla definizione di Fabbricato, se il Fabbricato fa parte di un condominio l'Assicurazione comprende tanto i danni di cui l'assicurato debba rispondere in proprio quanto la quota proporzionale a suo carico dei danni derivanti dalla proprietà comune, escluso ogni maggior onere conseguente al suo obbligo solidale con gli altri condomini.
Deve intendersi compresa la responsabilità dell'assicurato per i lavori di ordinaria manutenzione. La presente estensione di garanzia è operante a condizione che i lavori siano effettuati con le prescritte licenze edilizie e comunque in conformità alle disposizioni di legge vigenti.
Sono altresì compresi, con applicazione di una franchigia pari a Euro 100,00, i danni derivanti da spargimento d'acqua, i danni derivanti da rigurgiti di fogna di impianti di esclusiva pertinenza del Fabbricato;
- b) dalla proprietà e/o conduzione del Contenuto dell'abitazione principale o secondaria (ivi compresi eventuali danni derivanti da scoppio di apparecchi elettrodomestici e/o di gas ad uso domestico);
- c) dalla caduta di antenne radiotelevisive purché installate in modo fisso;
- d) dalla proprietà o uso di imbarcazioni a remi o a vela di lunghezza non superiore a metri 6,50, purché non dati a noleggio o in locazione;
- e) dalla proprietà e/o uso di biciclette anche con servoassistenza a batteria o da circolazione in qualità di pedone;
- f) dall'esercizio di attività sportive a carattere ricreativo purché non praticate sotto l'egida di Federazioni ovvero per cui l'assicurato percepisca una qualche forma di retribuzione;
- g) dalla proprietà di cani, gatti, altri animali domestici da compagnia e di animali da sella in genere, compresa la responsabilità di coloro che, su richiesta dell'assicurato, detengano temporaneamente i suddetti animali. Per i danni arrecati dai cani l'Impresa applicherà una franchigia pari a Euro 100,00. Restano espressamente esclusi gli animali selvatici di qualsiasi specie;
- h) dagli infortuni sofferti dai collaboratori familiari in occasione dell'espletamento delle loro mansioni (escluse le malattie professionali), a condizione che questi siano in regola con gli adempimenti tutti previsti dalle norme vigenti, nessuno eccettuato, idem compreso la denuncia nominativa e l'assicurazione obbligatoria presso l'INAIL.
La garanzia comprende anche le somme che l'assicurato debba pagare a seguito di esercizio dell'azione di regresso da parte dell'INAIL.
L'assicurazione deve intendersi limitata esclusivamente al caso di morte e di lesioni personali da cui sia derivata un'invalità permanente di grado superiore al 5% calcolata sulla base delle tabelle di cui agli allegati DPR 30.06.1965 n. 1124;
- i) dalla guida o messa in moto di veicoli e natanti a motore - da parte dei figli dell'assicurato minori di anni 16 - in violazione delle norme prescritte dalla legge per la loro guida ed uso e ad insaputa di genitori, con esclusione comunque dei danni subiti dai veicoli guidati e per il solo caso di rivalsa dell'assicuratore della Responsabilità Civile Auto in conformità alla Legge n. 990/69 e successive modifiche;
- j) dalla pratica del campeggio, con l'utilizzo delle attrezzature necessarie ovvero di hobby quali modellismo, bricolage e giardinaggio;
- k) dalla proprietà e detenzione di armi, anche da fuoco purché legalmente detenute, compreso l'uso personale per difesa, tiro a segno, tiro a volo e simili, escluso comunque l'esercizio dell'attività venatoria;
- l) per danni provocati in qualità di trasportato su autoveicoli, motoveicoli e natanti di proprietà altrui, per danni provocati a Terzi non trasportati sui medesimi con esclusione dei danni arrecati ai veicoli stessi;
- m) per danni a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'assicurato o da lui detenute. Questa garanzia si intende prestata nei limiti del massimale di garanzia per danni a cose ma con un limite di risarcimento di Euro 10.000,00 per sinistro. Qualora l'assicurato sia già coperto da polizza incendio con garanzia "RICORSO TERZI" la presente opererà in II° rischio, per l'eccedenza rispetto alle somme assicurate con la suddetta polizza incendio.

Art. 30 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) derivanti dall'esercizio di attività professionali, di industria o di commercio o comunque di attività a qualsiasi titolo retribuite;
- b) derivanti da furto;
- c) derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi aerei e di locomozione a motore, fatto salvo quanto disposto all'art. 29, lettera i);
- d) conseguenti ad inadempienze di obblighi contrattuali e fiscali;
- e) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da: pandemia, inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- f) derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione;

- g) da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- h) a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- i) derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali non domestici;
- j) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;
- k) derivanti da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;
- l) responsabilità, di qualsiasi natura e comunque occasionata, direttamente o indirettamente derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura asbesto;
- m) conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite.

Art. 31 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i danni che avvengono nel mondo intero.

Art. 32 - PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Ai fini della presente assicurazione non sono considerati Terzi il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato nonché ogni altra persona con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia.

Art. 33 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa, entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 34 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

L'Impresa assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'assicurato stesso. L'Impresa si impegna a proseguire nella difesa penale dell'assicurato fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della tacitazione della parte lesa. Sono a carico dell'Impresa le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Impresa ed assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'Impresa non riconosce spese incontrate dall'assicurato per legali o tecnici che non siano espressamente da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

CAPITOLO 4 - COVID FAMILY

La copertura assicurativa si intende estesa alle sottoindicate garanzie le quali sono valide ed operanti solo se sono state richiamate sul Modulo di adesione ed è stato corrisposto il relativo premio.

PREMESSA

Le seguenti coperture sono valide esclusivamente a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata in Italia, successivamente alla decorrenza della copertura assicurativa e a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero.

Art. 35 - DIARIA DA RICOVERO - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall'Assicurato, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni di seguito indicate.

Art. 36 - PRESTAZIONI

L'Impresa, qualora il ricovero dell'Assicurato si protragga per un numero di giorni superiore a 5, riconosce per ogni successivo giorno di degenza (i.e. a partire dal sesto giorno di ricovero) un importo pari a euro 100,00 (cento/00) per un numero massimo di giorni pari a 10.

In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso dell'annualità assicurativa non potrà superare l'importo di euro 1.000,00 (mille/00).

Art. 37 - INDENNITÀ DA CONVALESCENZA - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa riconosce all'Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a euro 3.000,00 (tremila/00) al momento della dimissione dell'Assicurato stesso dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

La presente prestazione opererà unicamente qualora l'Assicurato, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato nel reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 38 – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di sinistro, dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, facente capo al

**Numero Verde 800 894147
o, se dall'estero, +39.039.9890.720
o, tramite l'App Dedicata**

(seguendo le istruzioni presenti nel menù, in base alla tipologia di Assistenza necessaria in quel momento).

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita;
2. Nome e Cognome;
3. Numero di Polizza;
4. Numero di targa del veicolo (per la garanzia assistenza al veicolo);
5. Modello del veicolo (per la garanzia assistenza al veicolo);
6. Indirizzo del luogo in cui si trova;
7. Il recapito telefonico a cui la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa, ricevuta la richiesta di assistenza, interverrà erogando il servizio previsto.

La Struttura Organizzativa è a disposizione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno per accogliere le richieste dell'assicurato. L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

L'Impresa ha il diritto di verificare l'esistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia; l'assicurato, su richiesta dell'Impresa, deve fornire gli elementi necessari ad attestare l'effettivo verificarsi dell'evento dannoso.

L'Impresa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazioni di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto nella polizza o dalla Legge.

Art. 39 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA

L'assicurato per ottenere assistenza, deve obbligatoriamente contattare la Struttura Organizzativa alla quale dovrà comunicare le sue generalità e l'eventuale indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono e simili), il tipo di intervento richiesto, nonché (per l'inoltro di ricambi), il genere del pezzo di ricambio e i dati dell'officina incaricata delle riparazioni.

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 Struttura Organizzativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) nel caso in cui la Struttura Organizzativa, preventivamente contattata, ha autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Struttura Organizzativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.

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 può richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa 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 039-9890714.

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 e di seguito riassunta:

NOTA IMPORTANTE

- Nel caso in cui il veicolo che ha subito il danno sia gravato da vincolo o privilegio: inviare copia della denuncia al creditore ipotecario o alla Impresa di leasing proprietaria dello stesso veicolo.
- In caso di qualsiasi danno TOTALE, suggeriamo di richiedere l'atto di demolizione ed il certificato di perdita di possesso, al fine di evitare il pagamento di ulteriore tassa di proprietà del veicolo distrutto.
- Occorre fornire all'Impresa gli originali delle fatture delle riparazioni (per quelle avvenute "fuori Rete Convenzionata") nonché gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.
- L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato.
- È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

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

Importante!

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

APPENDICE NORMATIVA

In questa sezione vengono richiamate le norme principali citate nel contratto, affinché il Contraente possa comprendere meglio i riferimenti di legge.

CODICE CIVILE

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto:

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari:

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio:

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

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

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio:

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

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

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

Art. 1907 - Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta (2), a meno che non sia diversamente convenuto.

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.

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.

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:

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

4. Modalità di trattamento

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

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

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

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

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

5. Profilazione

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

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

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

8. Diritti dell'interessato

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

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



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

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