NOBIS ASSICURAZIONI

AGENZIA SERENA

GPT.2018.001-2025.001– EDIZIONE 01.07.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

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

che devono essere consegnati al Contraente e/o all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

Documento redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA in materia di contratti semplici e chiari

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

NOBIS CON TE è l'app dedicata ai clienti danni di Nobis Assicurazioni che permette di avere a portata di mano:

- **tutte le polizze sottoscritte con la documentazione contrattuale**
- **i dati dell'intermediario sempre a disposizione**
- **uno spazio semplice per gestire i sinistri**

NOBIS ASSICURAZIONI

SCARICA NOBIS CON TE GRATUITAMENTE E ACCEDI CON IL TUO NUMERO DI POLIZZA.

Scarica su App Store

GET IT ON Google Play

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: AGENZIA SERENA**

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 Set informativo.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il contratto di assicurazione tutela l'Assicurato in caso di perdite pecuniarie in conseguenza dell'assenza dal posto di lavoro per malattia o di infortunio e rimborsa lo stesso per le spese sostenute a seguito di ricovero, cure fisioterapiche e riabilitative.

CHE COSA È ASSICURATO?

✓ **PERDITE PECUNIARIE** (*Garanzia sempre operante*)

La presente copertura è prestata per le perdite pecuniarie subite dagli Agenti/Agenzie di assicurazione assicurati/e, in conseguenza dell'assenza dal posto di lavoro per malattia o infortunio, documentati, dei propri lavoratori dipendenti.

L'Impresa si obbliga ad indennizzare l'Assicurato, agente/agenzia aderente all'Ebisep, in regola con il pagamento dei contributi previsti dal CCNL collegato alla Contraente, per le perdite pecuniarie dallo/a stesso/a subite, dovute all'assenza sul posto di lavoro del dipendente regolarmente assunto con contratto a tempo determinato o indeterminato.

L'assenza deve essere giustificata da malattia o infortunio regolarmente attestati Inps o Inail.

I casi di "ricaduta", ovverosia di assenza dal lavoro per la medesima causa riconducibile all'assenza immediatamente precedente, si intendono come un unico sinistro agli effetti dell'applicazione della franchigia, purché tra un periodo di assenza ed un altro non sia trascorso un tempo superiore a 5 giorni. Rimane inteso che in caso di assenza dal lavoro parzialmente o totalmente rimborsata all'Agente/agenzia a qualsiasi titolo da parte di terzi, compresi Inps e Inail, la Società indennizzerà esclusivamente l'80% della quota parte di costo rimasta a carico dell'agente/agenzia.

La somma assicurata è pari all'80% del "Costo aziendale giornaliero" per ciascun giorno lavorativo del dipendente posto in capo al datore di lavoro (agenzia), calcolato nel seguente modo:

COSTO AZIENDALE GIORNALIERO

[(Retribuzione Annua Lorda + Contributi Inps annui) / Giorni lavorativi annui dell'anno di riferimento]

In nessun caso l'Impresa verserà, nel corso dell'annualità assicurativa, un importo superiore al costo aziendale di sei mesi solari di assenza, fermo in ogni caso il limite massimo di € 15.000,00 per dipendente.

Per ciascun sinistro non verranno indennizzati i primi cinque giorni lavorativi.

✓ **INFORTUNI DIPENDENTI**

L'assicurazione copre il rimborso delle spese sanitarie documentate e sostenute per:

- ricovero;
- spese mediche e cure fisioterapiche e riabilitative;

dovute ad infortunio professionale, compresi gli infortuni avvenuti in itinere, del dipendente che abbia comportato un'assenza dal lavoro ai sensi del Capitolo 1 della presente polizza.

Le spese, per essere indennizzabili, devono essere sostenute nell'arco di 90 giorni da quando l'infortunio si è verificato.

L'importo assicurato è pari ad € 5.000,00 per dipendente per periodo assicurativo.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

- infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli, macchine agricole, ciclomotori e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- infortuni sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, eccetto quelli derivanti da abuso di alcoolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- infortuni derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;
- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- avvelenamento del sangue e infezione - escluso il virus H.I.V., sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- annegamento;
- lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- folgorazione;
- colpi di sole o di calore;
- assideramento o il congelamento;
- lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Per ogni sinistro è applicata una franchigia assoluta di € 250,00.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

✗ Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da epilessia, alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata. Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

✗ Per la garanzia Infortuni Dipendenti, non sono assicurabili i soggetti con un'età pari o superiore ai 76 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio senza che, in contrario, possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti al Contraente, al netto dell'imposta.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ESCLUSIONI RELATIVE AL CAPITOLO PERDITE PECUNIARIE

! Sono escluse dalla copertura della presente polizza le perdite derivanti da dolo dell'agente/agenzia assicurato/a.

ESCLUSIONI RELATIVE AL CAPITOLO INFORTUNI DIPENDENTI

! Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
b) all'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili);
c) dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karatè, arti marziali, rugby, football americano, speleologia, immersioni non in apnea, canoa fluviale, salti dal trampolino con sci o idroscì, sci

acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, guidoslitta, bob, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), hockey su ghiaccio o a rotelle;

d) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, intendendosi per tale, i rimborsi forfetizzati delle spese e/o diarie che diano palesemente luogo ad un effetto di remunerazione, seppure espresso con altri termini. Essa non riguarda invece eventuali contropartite diverse da corresponsioni monetarie, né s'intende riferibile al conseguimento di premi, ancorché consistenti in somme di denaro, per il piazzamento ottenuto;
e) da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
f) da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;
g) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni (salvo quanto previsto dall'Art. 19 "Rischi compresi e precisazioni");
h) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

! Sono altresì escluse dall'assicurazione le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

! Non sono considerati infortuni:

1. le ernie, eccezion fatta per quelle addominali da sforzo;
2. gli avvelenamenti, salvo quanto previsto al precedente Art. 19 "Rischi compresi e precisazioni", e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
3. gli infarti da qualsiasi causa determinati;
4. quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ Per il Capitolo Perdite pecuniarie, l'Assicurazione è operante per il territorio dello Stato italiano, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

✓ Per il Capitolo Infortuni Dipendenti, l'assicurazione vale per il mondo intero.

CHE OBBLIGHI HO?

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

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento del premio, che è determinato per periodi di assicurazione annuale.

Il Contratto è stipulato in forma cumulativa ed assicura tutte le agenzie aderenti alla Contraente, in regola con il versamento dei contributi previsti dal CCNL collegato alla Contraente.

La Contraente si impegna a versare mensilmente, in via anticipata, la frazione del premio annuo di € 130,00 al lordo delle imposte per ogni dipendente dell'agenzia assicurata per il quale la stessa effettua il versamento dei contributi previsti dal CCNL Sna/Confsal.

Il premio è scomputato in base alle garanzie rilasciate. Il premio lordo annuo, calcolato per ciascun lavoratore dipendente, per la garanzia perdite pecuniarie è pari ad € 109,00; quello relativo alla garanzia infortuni è pari a € 21,00.

Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il premio è già comprensivo di imposte.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Viene convenuto fra le Parti che la polizza ha durata annuale e che il pagamento del premio sia effettuato mensilmente sulla base delle applicazioni entranti in copertura.

Salvo diversi accordi tra le Parti contraenti, se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto da lui dovuto.

Salvo diversi accordi tra le Parti contraenti, se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Non è previsto alcun rimborso del premio nel caso di risoluzione anticipata del contratto.

Il contratto ha durata annuale e si intende tacitamente rinnovato alla scadenza a meno che non venga disdettato da una delle parti tramite raccomandata A/R o Pec inviata a controparte 90 giorni prima della scadenza stessa.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Le parti non possono recedere dal contratto in caso di sinistro.

ASSICURAZIONE MULTIRISCHI

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

Prodotto: Agenzia Serena
Versione n. 1 di Luglio 2025 (ultima versione disponibile)

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

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

Società
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet **www.nobis.it**, e-mail: **assicurazioni@nobis.it**, PEC: **nobisassicurazioni@pec.it**. È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.
La società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Axa Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 2497 seguenti del Codice Civile e appartiene al gruppo assicurativo Axa Italia, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 041.

Esercizio 2024
Bilancio approvato il 28/03/2025
Il patrimonio netto di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad €. 173.843.377 ed il risultato economico di periodo ammonta ad €. 32.530.247,89.
Con riferimento alla situazione di solvibilità, si specifica che il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 192,7% e si richiama l'attenzione del Contraente in merito alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito dell'Impresa al seguente link: https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/.

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

Prodotto

CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle garanzie **Perdite pecuniarie** e **Infortuni dipendenti** non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai massimali stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

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

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

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

A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto Agenzia Serena è rivolto:
- all'agente/agenzia aderente all'Ebisep, quale soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione per la copertura delle perdite pecuniarie;
- al dipendente dell'agenzia aderente, per la copertura infortuni.

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 dall'Impresa.

Costi di intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 35,13% e per il Ramo 16 (Perdite Pecuniarie) è pari al 32,26%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza (MB) – Tel. 039.9890001, Fax 039.6890.432 – reclami@nobis.it. La risposta al reclamo verrà effettuata entro 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it**. Info su: **www.ivass.it**.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale: - Ramo 1 – Infortuni: imposte sul premio pari al **2,50%**; - Ramo 16 – Perdite Pecuniarie: imposte sul premio pari al **21,25%**. Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono **detraibili al 19 %** nei seguenti casi e alle seguenti condizioni. • Infortuni (Ramo 1): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5 per cento, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti; • Infortuni (Ramo 1): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL). In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile.

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

INDICE

SEZIONE I - GLOSSARIO E DEFINIZIONI 1
SEZIONE II - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 2
Art. 1 – Dichiarazioni inesatte o reticenti 2
Art. 1 Bis - Aggravamento e diminuzione del rischio 2
Art. 2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia 2
Art. 3 – Durata del contratto 2
Art. 4 – Recesso in caso di sinistro 2
Art. 5 – Clausola di adeguamento delle prestazioni 2
Art. 6 – Altre assicurazioni 2
Art. 7 – Rinvio alle norme di legge 2
Art. 7 Bis – Foro competente 3
Art. 8 – Oneri fiscali 3
Art. 9 – Forma delle comunicazioni 3
Art. 10 - Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto 3
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE 4
CAPITOLO 1 – PERDITE PECUNIARIE (sempre operante) 4
Art. 11 – Oggetto dell'assicurazione 4
Art. 12 – Estensione territoriale 4
Art. 13 – Somma assicurata 4
Art. 14 – Franchigie 4
Art. 15 – Esclusioni 4
CAPITOLO 2 – INFORTUNI DIPENDENTI 4
Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione 4
Art. 17 – Somma garantita-importo assicurato 4
Art. 18 – Limiti di età 4
Art. 19 - Rischi compresi e precisazioni 4
Art. 20 - Esclusioni 5
Art. 21 - Validità territoriale 5
Art. 22 - Persone non assicurabili 5
Art. 23 - Criteri di indennizzabilità - Franchigia 5
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO 6
Art. 24 – Obblighi in caso di sinistro 6
APPENDICE NORMATIVA 7
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) 8

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

Assicurato: L'agente/agenzia aderente all'Ebisep, quale soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione per la copertura delle perdite pecuniarie. Il dipendente dell'agenzia aderente, per la copertura infortuni.
Assicurazione: Il contratto di assicurazione.
Contraente: EBISEP (ente bilaterale) con sede a MILANO alla via LANZONE,2, CODICE FISCALE: 95170520100, quale soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa.
Impresa/Società: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A
Indennizzo: La somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro.
Limite di indennizzo/Somma assicurata: La somma massima dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro.
Premio: La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.
Sinistro: Il verificarsi del fatto/evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa. Nel caso della sezione delle perdite pecuniarie, l'assenza dal lavoro da parte del dipendente dell'Assicurato dovuta a malattia o infortunio. Nel caso della sezione infortuni, la necessità di sostenere delle spese di cura da parte del dipendente dell'agenzia aderente.

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

Il Rappresentante legale
dott. Pietro Cazzola

SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione GPT.2018.001-2025.001 – Edizione 01.07.2025
Ultimo aggiornamento 01/07/2025

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

Art. 1 – DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI
L'Impresa determina il premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato e/o del Contraente, i quali sono obbligati a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte dell'Impresa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 del Codice Civile. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, proroga, rinnovo o appendice.

Art. 1 Bis - AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO
L'Assicurato e/o il Contraente devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.
Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato e/o del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA
Il Contratto è stipulato in forma cumulativa ed assicura tutte le agenzie aderenti alla Contraente, in regola con il versamento dei contributi previsti dal CCNL collegato alla Contraente.
La Contraente si impegna a versare mensilmente, in via anticipata, la frazione del premio annuo di € 130,00 al lordo delle imposte per ogni dipendente dell'agenzia assicurata per il quale la stessa effettua il versamento dei contributi previsti dal CCNL Sna/Confsal.
Viene convenuto fra le Parti che la polizza ha durata annuale e che il pagamento del premio sia effettuato mensilmente sulla base delle applicazioni entranti in copertura.
Salvo diversi accordi tra le Parti contraenti, se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto da lui dovuto.
Salvo diversi accordi tra le Parti contraenti, se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Non è previsto alcun rimborso del premio nel caso di risoluzione anticipata del contratto.
Il premio è scomputato in base alle garanzie rilasciate. Il premio lordo annuo, calcolato per ciascun lavoratore dipendente, per la garanzia perdite pecuniarie è pari ad € 109,00; quello relativo alla garanzia infortuni è pari a € 21,00.

Art. 3 – DURATA DEL CONTRATTO
Il contratto ha durata annuale e si intende tacitamente rinnovato alla scadenza a meno che non venga disdettato da una delle parti tramite raccomandata A/R o Pec inviata a controparte 90 giorni prima della scadenza stessa.

Art. 4 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Le parti non possono recedere dal contratto in caso di sinistro.

Art. 5 – CLAUSOLA DI ADEGUAMENTO DELLE PRESTAZIONI
Le parti, di comune accordo, statuiscono di modificare le prestazioni assicurative sulla base degli andamenti tecnici. Al termine dell'annualità assicurativa, l'Impresa procederà, in caso di andamenti tecnici negativi, a modificare le prestazioni come riportato nella seguente tabella:

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE
Rapporto fra importo dei sinistri liquidati nel periodo di copertura + importo dei sinistri riservati dall'Impresa nel medesimo periodo + eventuali Provvigioni percepite dall'Intermediario + 30% a titolo di costi aziendali stimati e importo dei premi imponibili incassati pro rata temporis.	Pari o inferiore al 80% (nessuna variazione) Dal 81% al 120% (riduzione del 30% delle prestazioni assicurative fatti salvi franchigie e scoperti) Superiore al 120% (riduzione del 40% delle prestazioni assicurative fatti salvi franchigie e scoperti).

In caso di andamento tecnico negativo, anziché procedere alla riduzione delle prestazioni assicurative la Società potrà proporre una o più integrazioni di premio; nel caso di accettazione della proposta da parte della Contraente, le prestazioni assicurative rimarranno invariate.

Art. 6 – ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo non operante

Art. 7 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Il presente contratto è regolato dalle norme della legge italiana.

Art. 7 Bis – FORO COMPETENTE
Il Foro Competente per controversie giudiziali, stragiudiziali e arbitrali ha sede a Milano.

Art. 8 – ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 9 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI
Ogni comunicazione tra le Parti deve essere fatta via PEC (posta elettronica certificata) oppure con lettera raccomandata AR.

Art. 10 - PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO
Il Contraente/Assicurato sono gli unici soggetti legittimati a richiedere, tramite lettera raccomandata A.R., l'indennizzo entro e non oltre due anni dal giorno in cui si è verificato il sinistro.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione si articola in due Capitoli (*Perdite pecuniarie – Infortuni dipendenti)* che disciplinano le garanzie oggetto della presente Assicurazione nonché le relative prestazioni, i limiti e le esclusioni.

CAPITOLO 1 – PERDITE PECUNIARIE (sempre operante)

Art. 11 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
La presente copertura è prestata per le perdite pecuniarie subite dagli Agenti/Agenzie di assicurazione assicurati/e, in conseguenza dell'assenza dal posto di lavoro per malattia o infortunio, documentati, dei propri lavoratori dipendenti.
L'Impresa si obbliga ad indennizzare l'Assicurato, agente/agenzia aderente all'Ebisep, in regola con il pagamento dei contributi previsti dal CCNL collegato alla Contraente, per le perdite pecuniarie dallo/a stesso/a subite, dovute all'assenza sul posto di lavoro del dipendente regolarmente assunto con contratto a tempo determinato o indeterminato.
L'assenza deve essere giustificata da malattia o infortunio regolarmente attestati Inps o Inail.
I casi di "ricaduta", ovverosia di assenza dal lavoro per la medesima causa riconducibile all'assenza immediatamente precedente, si intendono come un unico sinistro agli effetti dell'applicazione della franchigia, purché tra un periodo di assenza ed un altro non sia trascorso un tempo superiore a 5 giorni. Rimane inteso che in caso di assenza dal lavoro parzialmente o totalmente rimborsata all'Agente/agenzia a qualsiasi titolo da parte di terzi, compresi Inps e Inail, la Società indennizzerà esclusivamente l'80% della quota parte di costo rimasta a carico dell'agente/agenzia.

Art. 12 – ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione è operante per il territorio dello Stato italiano, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 13 – SOMMA ASSICURATA
La somma assicurata è pari all'80% del "Costo aziendale giornaliero" per ciascun giorno lavorativo del dipendente posto in capo al datore di lavoro (agenzia), calcolato nel seguente modo:

COSTO AZIENDALE GIORNALIERO
[(Retribuzione Annua Lorda + Contributi Inps annui) / Giorni lavorativi annui dell'anno di riferimento]

In nessun caso l'Impresa verserà, nel corso dell'annualità assicurativa, un importo superiore al costo aziendale di sei mesi solari di assenza, fermo in ogni caso il limite massimo di € 15.000,00 per dipendente.

Art. 14 – FRANCHIGIE
Per ciascun sinistro non verranno indennizzati i primi cinque giorni lavorativi.

Art. 15 – ESCLUSIONI
Sono escluse dalla copertura della presente polizza le perdite derivanti da dolo dell'agente/agenzia assicurato/a.

CAPITOLO 2 – INFORTUNI DIPENDENTI

Art. 16 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'assicurazione copre il rimborso delle spese sanitarie documentate e sostenute per:
- ricovero;
- spese mediche e cure fisioterapiche e riabilitative;

dovute ad infortunio professionale, compresi gli infortuni avvenuti in itinere, del dipendente che abbia comportato un'assenza dal lavoro ai sensi del Capitolo 1 della presente polizza.
Le spese, per essere indennizzabili, devono essere sostenute nell'arco di 90 giorni da quando l'infortunio si è verificato.

Art. 17 – SOMMA GARANTITA-IMPORTO ASSICURATO
L'importo assicurato è pari ad € 5.000,00 per dipendente per periodo assicurativo.

Art. 18 – LIMITI DI ETÀ
L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio senza che, in contrario, possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti al Contraente, al netto dell'imposta.

Art. 19 - RISCHI COMPRESI E PRECISAZIONI
La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:
- infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli, macchine agricole, ciclomotori e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- infortuni sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, eccetto quelli derivanti da abuso di alcoolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

- infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- infortuni derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi sopra descritti, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;
- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcoolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- avvelenamento del sangue e infezione - escluso il virus H.I.V., sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- annegamento;
- lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- folgorazione;
- colpi di sole o di calore;
- assideramento o il congelamento;
- lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

Art. 20 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
b) all'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili);
c) dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karatè, arti marziali, rugby, football americano, speleologia, immersioni non in apnea, canoa fluviale, salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, guidoslitta, bob, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), hockey su ghiaccio o a rotelle;
d) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta, intendendosi per tale, i rimborsi forfetizzati delle spese e/o diarie che diano palesemente luogo ad un effetto di remunerazione, seppure espresso con altri termini. Essa non riguarda invece eventuali contropartite diverse da corresponsioni monetarie, né s'intende riferibile al conseguimento di premi, ancorché consistenti in somme di denaro, per il piazzamento ottenuto;
e) da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
f) da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;
g) da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni (salvo quanto previsto dall'Art. 19 "Rischi compresi e precisazioni");
h) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono altresì escluse dall'assicurazione le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Non sono considerati infortuni:

1. le ernie, eccezion fatta per quelle addominali da sforzo;
2. gli avvelenamenti, salvo quanto previsto al precedente Art. 19 "Rischi compresi e precisazioni", e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
3. gli infarti da qualsiasi causa determinati;
4. quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art. 21 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.
Tutti gli indennizzi per gli infortuni avvenuti all'estero il pagamento verrà effettuato in Italia e in euro.

Art. 22 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da epilessia, alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.
Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata. Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

Art. 23 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ - FRANCHIGIA

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.
Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Per ogni sinistro è applicata una franchigia assoluta di € 250,00.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 24 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO
In caso di sinistro, il Contraente/l'Assicurato devono darne avviso scritto all'Impresa, mediante la piattaforma informatica della Contraente e comunque seguendo le indicazioni pubblicate sul sito della Contraente medesima, entro novanta giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'art.1913 del Codice Civile.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
La denuncia in caso di sinistro afferente il Capitolo Perdite pecuniarie deve avvenire mediante compilazione dell'apposita modulistica della Contraente, allegando la documentazione ivi elencata. È obbligo, da parte dell'Assicurato, trasmettere immediatamente (e comunque non oltre 90 giorni) la documentazione di cui sopra e quella richiesta dagli articoli seguenti alla Società, tramite la piattaforma informatica della Contraente e comunque seguendo le indicazioni pubblicate sul sito della Contraente medesima.

In caso di infortunio la denuncia deve contenere:
- l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e la causa dell'evento;
- il certificato medico o la denuncia del datore di lavoro all'Inail, anche trasmessa per via telematica.

Il decorso delle lesioni dev'essere documentato con invio all'Impresa degli ulteriori certificati medici.
Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

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

in caso di mancato riscontro scrivere a:
IVASS – Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)

In base alle norme generali e quelle che regolano ciascuna prestazione, occorre specificare correttamente il danno subito e, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, occorre allegare alla denuncia del sinistro la documentazione indicata in ciascuna prestazione assicurativa.

Si rammenta 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 deve inviare 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. 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. 1898 – Aggravamento del rischio

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

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

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

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

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

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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

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

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

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

Art. 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.

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 viale Colleoni 21, 20864 Agrate Brianza (MB).

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

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

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

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

6. Comunicazione e diffusione dei dati

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

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

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

Notes

Notes

Notes

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)
T + 39 039.9890001
F + 39 039 9890694
info@nobis.it

www.nobis.it

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

Set Informativo Agenzia Serena - GPT.2018.001-2025.001– edizione 01.07.2025