



Contratto di assicurazione Infortunati conducente di autoveicoli

Ramo 79
Ed. Gennaio 2020

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”
del Tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set informativo - contenente il DIP, il DIP Aggiuntivo, le Condizioni di assicurazione e il Glossario - deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto. Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set informativo.

www.nobis.it

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale - Via Lanzo 29 10071 Borgaro Torinese (TO)
Direzione Generale - Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza (MB)

Capitale sociale € 37.890.907,00 i.v.
Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria,
del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (G.U. 03/11/1993 n. 258) - N° Registro Imprese di TO
e Codice Fiscale 01757980923- Partita IVA IT 02230970960 - Iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

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

Che tipo di assicurazione è?

È la soluzione assicurativa che offre un indennizzo all'Assicurato in caso di infortunio subito dall'Assicurato alla guida dell'auto



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione vale, nei limiti previsti dalla combinazione scelta dal Contraente, per gli infortuni subiti dalla persona che, in qualità di conducente si trovi a bordo del veicolo identificato in polizza, in conseguenza di un incidente di circolazione occorso al veicolo medesimo.

Le coperture assicurative offerte dal contratto riguardano gli indennizzi all'Assicurato o suoi eredi in caso di:

- ✓ Morte
- ✓ Invalidità Permanente
- ✓ Diaria da ricovero in Istituto di cura



Che cosa non è assicurato?

Esclusioni principali relative alle garanzie:

- ✗ Danni subiti in conseguenza della partecipazione a corse o gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti
- ✗ Danni sofferti dall'Assicurato in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazione ad imprese temerarie
- ✗ Danni avvenuti quando l'autoveicolo descritto in polizza sia guidato da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore
- ✗ L'elenco completo delle esclusioni è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali



Ci sono limiti di copertura?

Limiti di indennizzo e franchigie per sinistro e anno assicurativo, per le principali garanzie:

- ! Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3%. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente
- ! L'elenco completo delle limitazioni, franchigie, scoperti e massimali è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale per il mondo intero



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e il dovere di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni false o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione



Quando e come devo pagare?

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è stipulato con la formula del tacito rinnovo e ha durata annua. La copertura comincia dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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



Come posso disdire la polizza?

Puoi impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

“Infortuni conducente autoveicoli”

Edizione 01/2019

Ramo 79

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., iscritta alla Sezione 1 dell’Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00115 Via Lanzo 29, 10071, Borgaro Torinese (TO); tel. 039. 9890707; www.nobis.it; e-mail: info@nobis.it, PEC: nobisassicurazioni@pec.it.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.nobis.it/>

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Infortuni	<p>L’assicurazione vale per gli infortuni che comportino invalidità permanente definitiva parziale, morte e ricovero che l’Assicurato, in qualità di conducente che si trovi a bordo del veicolo identificato in polizza, possa subire a causa fortuita, violenta ed esterna e che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili. Sono coperti dall’assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gli infortuni sofferti in conseguenza di malore o stato di incoscienza ✓ Gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi ✓ Gli infortuni derivanti da aggressioni, atti violenti e tumulti popolari aventi movente politico, sociale o sindacale a condizione che non vi sia stata partecipazione attiva e volontaria dell’Assicurato ✓ Gli infortuni subiti durante lo svolgimento di attività di fortuna sull’autoveicolo identificato in polizza, per la ripresa della marcia a seguito di fermata per rotture o guasti improvvisi verificatisi durante la circolazione ✓ Gli infortuni che comportino una diaria da ricovero ✓ Il mancinismo, le percentuali di invalidità previste per le menomazioni degli arti superiori per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa
------------------	--



Che cosa non è assicurato?

Infortuni	<p>Sono esclusi dalla copertura gli infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Derivanti dalla partecipazione a corse o gare in genere ed alle relative prove e allenamenti
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Causati da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, atti di guerra e insurrezioni ✘ Derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche ✘ Sofferti dall'Assicurato in conseguenza di proprie azioni delittuose o di partecipazioni ad imprese temerarie ✘ Avvenuti quando l'autoveicolo descritto in Polizza sia guidato da persona non munita della prescritta autorizzazione ✘ Avvenuti quando l'autoveicolo descritto in polizza sia in circolazione all'insaputa del proprietario, contro la sua volontà ✘ Derivanti da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate a fini pacifici <p>Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ Le ernie di qualsiasi tipo da qualunque causa determinante ✘ Gli infortuni subiti in conseguenza di sforzi in genere ✘ Le manifestazioni morbose causate da fatti emotivi ✘ Gli infortuni subiti qualora il conducente, nel corso dell'espletamento della propria attività professionale, abbia in consegna l'autoveicolo descritto in polizza a scopo di riparazione, controlli o collaudi ✘ Gli infortuni sofferti in conseguenza di malore o stato di incoscienza conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni
--	---



Ci sono limitazioni alla copertura?

<p>Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse del Settore Infortuni</p>	<p>Per le garanzie non riportate nel presente elenco, la copertura si intende operante senza limitazione alcuna, per la somma prevista sul Frontespizio di Polizza.</p> <p>Di seguito sono riportate le limitazioni per le garanzie prestate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Morte – l'indennizzo non è cumulabile con quello per invalidità permanente ! Invalidità permanente – l'indennizzo è erogato con una franchigia assoluta del 3% una franchigia assoluta del 3% del grado di invalidità permanente ! Diaria da ricovero – l'indennità è corrisposta a partire dal 4° giorno e per la durata massima di 100 giorni
---	---



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP</p>
--	---



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Infortuni conducente autoveicoli è rivolto a persone fisiche, con esigenze di protezione della persona e del patrimonio



Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione:** l'Intermediario percepisce una commissione media pari al 27%, calcolata sul premio annuo di polizza comprensivo di imposte

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

Denuncia di sinistro per il Settore Infortuni	In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
Prescrizione	Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno, dalle singole scadenze, mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni, dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche

COME PRESENTARE 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	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 Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, 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). Tale procedura è obbligatoria per le controversie in materia di contratto di assicurazione e rappresenta una condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">▪ Arbitrato e Perizia Contrattuale: tali procedure sono facoltative, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.

	<ul style="list-style-type: none">▪ Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET
--	---

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

Indice

Condizioni di assicurazione

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	1
 Che cosa è assicurato?	1
GARANZIE BASE	1
Settore Infortuni	1
Art. 1 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni	1
Art. 2 – Prestazioni assicurative per il Settore Infortuni	1
 Che cosa non è assicurato?	2
Settore Infortuni	2
Art. 3 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni	2
 Ci sono limiti di copertura?	3
Art. 4 – Franchigia assoluta per il caso di invalidità permanente	3
Art. 5 – Limitazione per il caso di diaria da ricovero	3
 Dove vale la copertura?	3
Art. 6 – Estensione territoriale	3
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	3
Art. 7 – Decorrenza della garanzia	3
Art. 8 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	3
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	3
Norme applicate in caso di sinistro	3
Art. 9 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 10 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato	3
Art. 11 – Criteri di indennizzabilità	3
Art. 12 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale	3
Art. 13 – Diritto di surrogazione	4
Art. 14 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione	4
COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA	4
 Quando e come devo pagare?	4
Art. 15 – Pagamento del premio	4
NORME CHE REGOLANO IL RECESSO	4
 Come posso disdire la polizza?	4
Art. 16 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
Art. 17 – Modifiche dell'assicurazione	4
Art. 18 – Aggravamento del rischio	4
Art. 19 – Diminuzione del rischio	5
Art. 20 – Oneri fiscali	5
Art. 21 – Rinvio alle norme di Legge	5
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	5
NORME LEGISLATIVE RICHIAMATE NEL CONTRATTO	6

Glossario

Condizioni di assicurazione

Si precisa che le clausole contrattuali che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono riportate in **grassetto**, nonché stampate su fondo pieno, **in questo modo evidenziate** e sono da leggere con particolare attenzione.

Le esclusioni riferite alla specifica fattispecie di una determinata garanzia vengono **in questo modo evidenziate e sottolineate** e sono da leggere con particolare attenzione.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE



Che cosa è assicurato?

GARANZIE BASE

Settore Infortuni

Art. 1 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni

È considerato infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbia per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un ricovero.

L'assicurazione vale, nei limiti previsti dalla combinazione scelta dal Contraente, per gli infortuni subiti dalla persona che, in qualità di conducente si trovi a bordo del veicolo indentificato in polizza, in conseguenza di un incidente di circolazione al veicolo medesimo.

L'assicurazione è estesa agli infortuni:

- sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, **sempreché non determinati da abuso di alcolici o di psicofarmaci oppure da uso di stupefacenti o di allucinogeni;**
- subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- derivanti da aggressione, atti violenti e tumulti popolari aventi movente politico, sociale o sindacale, **purché non vi sia partecipazione attiva e volontaria dell'Assicurato;**
- subiti durante lo svolgimento di attività di fortuna sull'autoveicolo identificato in polizza, per la ripresa della marcia a seguito di fermata per rotture o guasti improvvisi verificatisi durante la circolazione.

Art. 2 – Prestazioni assicurative per il Settore Infortuni

A) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

B) Invalidità Permanente

- a) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.
- b) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicate nella Tabella delle invalidità che segue. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
- c) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazione anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazione di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica **fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;**
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- d) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati alla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Tabella delle invalidità	Parte destra del corpo	Parte sinistra del corpo
Perdita anatomica o funzionale di:		
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
di una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia	70%	
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Perdita anatomica o funzionale di:		
un piede	40%	
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un dito del piede diverso dall'alluce	1%	
falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
12a dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale		
con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	

Tabella delle invalidità	Parte destra del corpo	Parte sinistra del corpo
Esiti di frattura del sacro	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
un orecchio	10%	
ambidue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta:		
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	
Perdita anatomica di:		
un rene	15%	
della milza senza compromissioni significativa della crasi ematica	8%	

C) Diaria da ricovero in Istituto di cura

La Società, in caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato **a partire dal 4° giorno di ricovero**, l'indennità giornaliera stabilita in polizza, per ciascun giorno di ricovero e **per la durata massima di 100 giorni**.

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



Che cosa non è assicurato?

Settore Infortuni

Art. 3 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

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

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

L'assicurazione non è altresì operante nei confronti di coloro che, nell'espletamento della propria attività

professionale, abbiano in consegna o conducano l'autoveicolo descritto in polizza a scopo di riparazione, controlli e collaudi.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 4 – Franchigia assoluta per il caso di invalidità permanente

Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3%. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 5 – Limitazione per il caso di diaria da ricovero

L'indennità è corrisposta a partire dal 4° giorno per la durata massima di 100 giorni.

Dove vale la copertura?

Art. 6 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 7 – Decorrenza della garanzia

Ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la rata di premio sono stati pagati come regolato nell'Art. 15, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Art. 8 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per 1 anno e così successivamente, fermo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

Diversamente, se espressamente richiamato in polizza (durata senza tacito rinnovo), la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. **Se il sinistro è causato da malattia, la Società può esercitare tale recesso solo nei primi due anni della decorrenza del contratto.**

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato, il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Norme applicate in caso di sinistro

Art. 9 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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 Art. 1892, 1893 e 19894 del Codice Civile.

Art. 10 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

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

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

Art. 11 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. **Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2 lett. B delle presenti norme sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

Art. 12 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

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

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sul grado di durata della diaria giornaliera, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 11 – Criteri di indennizzabilità – possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

Art. 13 – Diritto di surrogazione

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

Art. 14 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione

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

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

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro, il pagamento sarà fatto solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorrono le esclusioni previste nella sezione "Che cosa non è assicurato".

COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA



Quando e come devo pagare?

Art. 15 – Pagamento del premio

Come regolato nell'Art. 7 e ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile, L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

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

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

NORME CHE REGOLANO IL RECESSO



Come posso disdire la polizza?

Art. 16 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per 1 anno e così successivamente, fermo quanto disposto di seguito nel presente articolo.

Diversamente, se espressamente richiamato in polizza (durata senza tacito rinnovo), la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza necessità di disdetta.

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. **Se il sinistro è causato da malattia, la Società può esercitare tale recesso solo nei primi due anni della decorrenza del contratto.**

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato, il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 17 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 18 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto di indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 19 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società 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. 20 – Oneri fiscali

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

Art. 21 – Rinvio alle norme di Legge

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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.. 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 Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

NORME LEGISLATIVE RICHIAMATE NEL CONTRATTO

Art. 1892 c.c. 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 c.c. 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 c.c. Assicurazioni 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 articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 c.c. Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 c.c. 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 l'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 c.c. Mancato pagamento del premio.

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

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

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

Art. 1913 c.c. 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 di 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 contestazione del sinistro.

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

Art. 1915 c.c. 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 tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 c.c. Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicurato che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa nei diritti dell'assicurato verso terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, 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.

Glossario

Ai termini contenuti nelle condizioni di polizza viene attribuito il significato di seguito precisato:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza infermieristica

L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.

Assistenza medica

L'assistenza prestata, nelle modalità standard previste dall'Istituto di cura, da persona fornita di specifica qualifica professionale.

Beneficiario

Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

Conducente

La persona che guida un veicolo a motore in ottemperanza all'abilitazione prevista (patente di guida).

Contraente

La persona che stipula il contratto e paga il premio.

Chemioterapia oncologica

Complesso delle terapie farmacologiche e delle tecniche impiegate nelle loro somministrazione, utilizzate nel trattamento dei tumori.

Data decorrenza copertura

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

Data Sinistro

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

Day-hospital

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

Diarìa

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

Diarìa senza ricovero

La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza.

Franchigia

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

Gessatura

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

Inabilità Temporanea

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa accidentale e fortuita, violenta ed esterna che produce all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza una delle garanzie pattuite.

Intervento Chirurgico

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

Invalidità permanente

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

Istituto di cura

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

Malattia

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

Malattia improvvisa

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

Malformazione, difetto fisico

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

Massimale

La somma fino alla conoscenza della quale, per ciascun sinistro, per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare, la Società presta le garanzie.

Nucleo familiare

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

Periodo di assicurazione

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Premio annuo finito

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

Radioterapia antitumorale

Terapia che sfrutta l'azione biologica delle radiazioni.

Ricovero

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

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Second Opinion

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

Scoperto

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

Sinistro

Il verificarsi del fatto di annoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società e/o Impresa

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Lanzo 29 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione: Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza (MB)

nobisassicurazioni@pec.it

www.nobis.it

Termini di Aspettativa - Carenza

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

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

Visita Specialistica

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