



Polizza base infortuni e malattia

Ramo 77
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 dedicata ai possessori di un programma previdenziale, e offre un indennizzo in caso di Invalità Permanente da infortunio e una diaria in caso di ricovero per infortunio o malattia



Che cosa è assicurato?

✓ Invalità permanente

La società si impegna a fornire all'Assicurato un indennizzo per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extraprofessionale

✓ Diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia

La Società corrisponde all'Assicurato, a partire dall'8° giorno di ricovero, l'indennità giornaliera stabilita in polizza, per la durata massima di 300 giorni per ogni periodo assicurativo



Che cosa non è assicurato?

Esclusioni principali relative alla garanzia **Invalità Permanente**:

- ✗ Infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione e/o mancante dei requisiti prescritti dall'abilitazione stessa o dalla legge
- ✗ Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato

Esclusioni principali relative alla garanzia **Diaria da ricovero**:

- ✗ Conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo e colpa grave
- ✗ L'elenco completo delle esclusioni relative ad ogni singolo settore è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali



Ci sono limiti di copertura?

Franchigie per sinistro e anno assicurativo, per la garanzia **Invalità permanente**:

- ! sui primi 52.000,00 euro della somma assicurata non è applicata alcuna franchigia
- ! sull'importo eccedente i primi 52.000,00 euro non verrà riconosciuto alcun indennizzo per i primi 5 gradi di invalidità permanente (franchigia assoluta del 5%)
- ! La franchigia di cui sopra non verrà applicata qualora l'invalidità permanente sia superiore al 20%
- ! L'elenco completo delle limitazioni, franchigie, scoperti e massimali relativi a tutte le garanzie coperte per ogni Settore, 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 viene 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 60 giorni prima della scadenza annuale

Assicurazione Multigaranzia

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

“Polizza base infortuni e malattia”

Edizione 01/2019

Ramo 77

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 e inabilità temporanea che l’Assicurato subisca nello svolgimento della propria attività professionale ed extra-professionale. Sono coperti dall’assicurazione gli infortuni causati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asfissia di origine morbosa ✓ Avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze ✓ Annegamento, assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore ✓ Lesioni determinate da sforzi muscolari ✓ Stato di malore od incoscienza ✓ Imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi ✓ Tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo e attentati, a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva ✓ Guida od uso di veicoli o natanti anche a motore, compresa la partecipazione a gare di regolarità pura ✓ Pratica di sports in genere riportati nelle Condizioni di Assicurazione anche con partecipazione a gare e relative prove, purché svolta a carattere ricreativo ✓ Sforzi muscolari aventi carattere traumatico ✓ Viaggi in aereo turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri <p>Sono altresì inclusi nella garanzia e coperti dall’assicurazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Infortuni occorsi durante il servizio militare di leva, anche volontario, prestato in corpi militari o paramilitari in tempo di pace e durante i richiami per esercitazione ✓ Mancinismo, l’applicazione all’arto sinistro delle percentuali di riduzione dell’attitudine al lavoro stabilite per l’arto superiore destro in caso di constatato mancinismo
------------------	---

Diaria da ricovero	<p>L'assicurazione corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera in caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio o malattia. La presente garanzia vale anche in casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aborto terapeutico ✓ Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio
---------------------------	--



Che cosa non è assicurato?

Infortuni	<p>Sono esclusi dalla copertura gli infortuni verificatisi o derivanti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Atti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché incidenti dovuti a ordigni di guerra ✗ Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche ✗ Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato ✗ Movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni ✗ Uso, anche come passeggero, e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove ✗ Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione ✗ Partecipazione a viaggi turistici o di trasferimento su deltaplani ed ultra leggeri, da aeroclubs e da società/azienda di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da quelli di trasporto pubblico di passeggeri ✗ Esercizio o pratica di paracadutismo o sport aerei in genere; sports ad attività acrobatiche, ivi compreso sci acrobatico o salto del trampolino con sci o idrosci; speleologia; bob o guidoslitta; pugilato; scalata di roccia od accesso ai ghiacciai ✗ Stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci o da uso di stupefacenti o allucinogeni ✗ Sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non usate a fini pacifici ✗ Arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, salvo il diritto dell'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'Assicurazione stessa ✗ Partecipazione a operazioni o interventi militari fuori dai confini della Repubblica italiana, fermo il diritto dell'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione <p>Sono inoltre esclusi dalla copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio ✗ Gli infarti e le ernie, salvo le ernie addominali traumatiche
Diaria da ricovero	<p>Sono esclusi dalla copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo e colpa grave ✗ L'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza ✗ Gli stati patologici correlati all'infezione da HIV ✗ Le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici ✗ Gli infortuni esclusi nel settore "Infortuni" ✗ Le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni ✗ L'aborto volontario non terapeutico ✗ Le prestazioni aventi finalità estetiche ✗ Le protesi dentarie, le paradontopatie, nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie ✗ Manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici ✗ I ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana

	<ul style="list-style-type: none"> ✘ I ricoveri in case di riposo ancorché qualificati istituti di cura ✘ Le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche ✘ Conseguenza di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ✘ Conseguenza di sostanze radioattive, biologiche o chimiche quando non utilizzate
--	---



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"> ! Ernie – termine di aspettativa di 180 giorni in mancanza di documentazione medica e massimale pari al 10% della somma assicurata in caso di invalidità permanente <p>L'indennizzo in caso di invalidità permanente è erogato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Con una franchigia assoluta pari al 5% per i primi 5 gradi di invalidità permanente sulla somma assicurata eccedente i 52.000€. Tale franchigia non verrà applicata se l'invalidità permanente risulti essere superiore al 20% <p>Qualora l'Assicurato dovesse subire infortuni nello svolgimento di determinate attività, indicate nelle Condizioni di Assicurazione, la copertura è limitata alle sole attività svolte a carattere non professionale</p>
<p>Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse del Settore Diaria da ricovero</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"> ! Diaria da ricovero – l'indennità è corrisposta a partire dall'ottavo giorno e per un periodo non superiore di 300 giorni per ogni periodo assicurativo ! Malattie – termine di aspettativa pari a 30 giorni ! Situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto – termine di aspettativa di 300 giorni ! Aborto terapeutico, malattie dipendenti da gravidanza e puerperio – termine di aspettativa pari a 30 giorni <p>Qualora l'Assicurato dovesse subire infortuni nello svolgimento di determinate attività, indicate nelle Condizioni di Assicurazione, la copertura è limitata alle sole attività svolte a carattere non professionale</p>



Dove vale la copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

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



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 Imprevedibile è rivolto a persone fisiche, che intendono assicurarsi contro infortuni subiti nel corso dell'attività professionale o extra professionale e con esigenze di protezione della persona e del patrimonio



Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione:** una quota pari al 22% del premio sostenuto dal Contraente, è percepita dall'intermediario

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
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. ▪ 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 – Norme specifiche per l'invalidità permanente da infortunio per il Settore Infortuni	1
Settore Diaria da ricovero	2
Art. 3 – Norme specifiche per la diaria da ricovero da infortunio o malattia per il Settore Diaria da ricovero	2
 Che cosa non è assicurato?	2
Settore Infortuni	2
Art. 4 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni	2
Art. 5 – Persone non assicurabili per il Settore Infortuni	2
Settore Diaria da ricovero	2
Art. 6 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Diaria da ricovero	2
Art. 7 – Persone non assicurabili per il Settore Diaria da ricovero	3
 Ci sono limiti di copertura?	3
Art. 8 – Franchigia per invalidità permanente per il Settore Infortuni	3
Art. 9 – Limitazioni ai soli rischi extra professionale	3
 Dove vale la copertura?	3
Art. 10 – Estensione territoriale	3
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	3
Art. 11 – Decorrenza della garanzia	3
Art. 12 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	3
Art. 13 – Termini di aspettativa per il Settore Diaria da ricovero	4
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	4
Norme applicate in caso di sinistro	4
Art. 14 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	4
Art. 15 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato	4
Art. 16 – Criteri di indennizzabilità	4
Art. 17 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale	4
Art. 18 – Diritto di surrogazione	5
Art. 19 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione	5
COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA	5
 Quando e come devo pagare?	5
Art. 20 – Pagamento del premio	5
NORME CHE REGOLANO IL RECESSO	5
 Come posso disdire la polizza?	5
Art. 21 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 22 – Altre assicurazioni	5
Art. 23 – Modifiche dell'assicurazione	5
Art. 24 – Aggravamento del rischio	5
Art. 25 – Diminuzione del rischio	6
Art. 26 – Oneri fiscali	6
Art. 27 - Rinvio alle norme di Legge	6
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	6
NORME LEGISLATIVE RICHIAMATE NEL CONTRATTO	7

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

A) Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento dell'attività professionale, salvo quanto riportato nel successivo Art. 9. Sono compresi infortuni e quindi compresi in garanzia:

- l'asfissia di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari.

Sono inoltre compresi gli infortuni derivanti da:

- stato di malore o incoscienza;
- imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- tumulti popolari, sommosse o atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- guida od uso di veicoli o di natanti anche a motore, compresa la partecipazione a gare di regolarità pura;
- pratica di sports in genere anche con partecipazione a gare e relative prove, purché svolta a carattere ricreativo, compresi i seguenti: ippica, calcio, ciclismo, subacquei - anche con uso di autorespiratori - rugby, football americano, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme;
- le conseguenze di sforzi muscolari aventi carattere traumatico;

- partecipazione a viaggi turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri, **esclusi deltaplani ed ultra leggeri - da chiunque eserciti tranne:**

- **da aeroclubs;**
- **da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da quelli di trasporto pubblico di passeggeri.**

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

B) Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni o interventi militari fuori dai confini della Repubblica italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte del premio imponibile relativa al periodo di assicurazione pagato, ma non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha il diritto di ottenere la proazione gratuita dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Art. 2 – Norme specifiche per l'invalidità permanente da infortunio per il Settore Infortuni

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro 730 giorni cioè due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro, Legge 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute fino al 24 luglio 2000.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e del sinistro al destro.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali riportate nella tabella sopra menzionata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alla percentuale dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale anatomica funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione con un massimo del 100%.

Qualora l'invalidità permanente riconosciuta sia di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società corrisponde un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

Settore Diaria da ricovero

Art. 3 – Norme specifiche per la diaria da ricovero da infortunio o malattia per il Settore Diaria da ricovero

In caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio o malattia, la Società corrisponde all'Assicurato, a partire dall'8° giorno di ricovero, l'indennità giornaliera stabilita in polizza, per la durata massima di 300 giorni per ogni periodo assicurativo.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata e su prestazione, in originale, di regolare attestato di degenza in istituto di cura pubblico o privato, debitamente sottoscritto, dove risulti il motivo e la durata del ricovero. L'originale presentato dall'Assicurato rimane acquisito dalla Società.



Che cosa non è assicurato?

Settore Infortuni

Art. 4 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Infortuni

Non sono indennizzabili gli infortuni:

- a) verificatisi in connessione con atti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti;
- b) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotipi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- c) verificatisi in occasione di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
- e) derivanti dall'uso e guida di veicoli o notanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
- f) derivanti da guida di veicoli o natanti nel caso in cui l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione e/o mancante dei requisiti prescritti dall'abilitazione stessa o dalla legge;
- g) derivanti dalla guida od uso di aeromobili, salvo quanto previsto dall'Art. 1, lettera "o";

- h) derivanti dall'esercizio o pratica di paracadutismo o sports aerei in genere; sports ed attività acrobatiche, ivi compreso sci acrobatico o salto del trampolino con sci o idrosci; speleologia; bob o guidoslitta; pugilato; scalata di roccia od accesso ai ghiacciai;
- i) sofferti in stato di ubriachezza o che siano conseguenti ad abusi di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate a fini pratici.

La garanzia non vale inoltre per:

- le conseguenze di operazioni chirurgiche;
- gli accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Sono sempre esclusi gli infarti e le ernie, salvo le ernie addominali traumatiche con l'intesa che:

- la copertura assicurativa ha effetto all'entrata in vigore del contratto sempre che da documentazione medica risulti che l'assicurato non è portatore di tale infermità. In mancanza di detta documentazione la garanzia sarà invece operante dopo un periodo di aspettativa di 180 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio Medico di cui al successivo Art. 17.

Art. 5 – Persone non assicurabili per il Settore Infortuni

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 14 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni di assicurazione e degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Settore Diaria da ricovero

Art. 6 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Diaria da ricovero

La garanzia non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo e colpa grave;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) gli infortuni esclusi nel precedente Art. 4;
- f) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;

- g) l'aborto volontario non terapeutico;
- h) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) le protesi dentarie, le parodontopatie, nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- l) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- m) i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Per lunga degenza si intendono i ricoveri per i casi in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali che una guarigione non può più essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- n) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificati istituti di cura;
- o) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- p) conseguenze di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- q) conseguenti a sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate a fini pacifici.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 7 – Persone non assicurabili per il Settore Diaria da ricovero

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 14 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni di assicurazione e degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 8 – Franchigia per invalidità permanente per il Settore Infortuni

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata:

- a) sui primi 52.000,00 euro della somma assicurata senza alcuna detrazione;
- b) sull'importo eccedente i primi 52.000,00 euro non verrà riconosciuto alcun indennizzo per i primi 5 gradi di invalidità permanente (franchigia assoluta del 5%).

La franchigia di cui sopra non verrà applicata qualora l'invalidità permanente sia superiore al 20%.

Art. 9 – Limitazioni ai soli rischi extra professionale

Ferme le esclusioni di cui all'Art 4 e 6 delle presenti norme, nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività di seguito elencate, l'assicurazione è limitata agli infortuni che lo stesso dovesse subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale:

- appartenenti a tutti i Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia), ai Vigili del Fuoco, alla Protezione Civile per i rischi speciali;
- fabbricanti, manipolatori, venditori di fuochi d'artificio od esplosivi in genere;
- operatori nel campo dell'energia nucleare;
- artisti ed attori esposti a rischi speciali (acrobati, domatori e simili);
- collaudatori di auto e motoveicoli;
- manipolatori di sostanze corrosive, infiammabili o tossiche;
- addetti a zoo, luna-park e simili;
- guide alpine;
- addetti all'estrazione in cave o miniere nonché alla costruzione e manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;
- palombari;
- boscaioli, taglialegna, tagliapietre;
- scaricatori di porto;
- addetti a stazioni di monta equina e taurina;
- addetti a manutenzione di impianti per funivie, seggiovie, funicolari e simili;
- addetti alla posa in opera di cavi o condutture aeree.



Dove vale la copertura?

Art. 10 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 11 – 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. 20, 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. 12 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

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 comuni-

cazione 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.

Art. 13 – Termini di aspettativa per il Settore Diaria da ricovero

La garanzia ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative agli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative alle malattie;
- del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 30 giorni soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'effetto dell'assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante lo stesso assicurato ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esse previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Norme applicate in caso di sinistro

Art. 14 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte, rese anche all'interno del questionario sanitario, 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. 15 – 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 accadimenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 16 – 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 delle presenti norme sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

Art. 17 – 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. 16 – 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. 18 – 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. 19 – 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. 20 – Pagamento del premio

Come regolato nell'Art. 11, 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. 21 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente.

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. 22 – Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi previsti dalla presente polizza, **fermo l'obbligo, invece, di darne comunicazione in caso di sinistro, L'omissione dolosa della predetta comunicazione comporta la decadenza del diritto all'indennizzo.**

Art. 23 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 24 – Aggravamento del rischio

Ai sensi dell'Art 1898 del Codice Civile 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 all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 25 – 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. 26 – Oneri fiscali

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

Art. 27 - 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 - 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 di cura, medici professionisti e laboratori di analisi e di cui la Società si avvale per la gestione dei sinistri.

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.

Diaria

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

Diaria senza ricovero

La perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate 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 copertura assicurativa e l'inizio della garanzia durante il quale la copertura assicurativa si intende inoperante.

Visita Specialistica

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