



## **Insalute OK**

Contratto di assicurazione malattia individuale  
Ramo 80  
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](http://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 ti tutela in caso di malattia o di infortunio



### Che cosa è assicurato?

✓ **Rimborso spese di cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o da gessatura**

La Società rimborsa all'Assicurato in caso di:

- ricovero in istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da infortunio o malattia
- intervento chirurgico anche senza ricovero, in istituto di cura pubblico o privato o in ambulatorio reso necessario da infortunio o malattia
- parto o aborto terapeutico comportante il ricovero; le spese da lui sostenute fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza

✓ **Invalità permanente da malattia**

La garanzia è operante per il caso di invalidità permanenti conseguenti a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, e manifestatasi non oltre 365 giorni cioè un anno dalla cessazione dell'assicurazione



### Che cosa non è assicurato?

Esclusioni principali relative alle garanzie:

- ✗ Infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici nonché le conseguenze dirette degli stessi, che si siano verificati anteriormente o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori rispetto alla stipulazione del contratto
- ✗ L'elenco completo delle esclusioni relative ad ogni singolo settore è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non può superare il massimale assicurato
- ! L'assicurazione prevede dei periodi di carenza:
  - 30 giorni a partire dalla decorrenza della garanzia per le prestazioni relative alle malattie
  - 30 giorni a partire dalla decorrenza della garanzia per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto
- ! 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 non prevede la formula del tacito rinnovo. 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 dalle ore 24 del giorno del pagamento



## Come posso disdire la polizza?

Atteso che il contratto non è soggetto a tacito rinnovo, le parti non sono obbligate a formalizzare disdetta

# Assicurazione Malattia individuale

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

**“Insalute OK”**

Edizione 01/2019

Ramo 80

**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?

<p><b>Rimborso spese di cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o gessatura</b></p>	<p>L’assicurazione vale per le spese sostenute dall’Assicurato e/o per il relativo nucleo familiare in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ricovero in istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio o malattia</li> <li>✓ Intervengo chirurgico senza ricovero</li> <li>✓ Parto o aborto terapeutico comportante il ricovero</li> </ul> <p>Il rimborso spese di cura si intende valido per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell’istituto di cura</li> <li>✓ Onorario del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento</li> <li>✓ Assistenza medica, infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e medicinali utili durante il ricovero</li> <li>✓ Le cure termali, inerenti e conseguenti al ricovero o all’intervento chirurgico</li> <li>✓ Rette di degenza</li> <li>✓ Trasporto dell’Assicurato in autoambulanza all’istituto di cura o all’ambulatorio per il ricovero o per l’intervento e trasporto al suo domicilio successivo alla dimissione</li> <li>✓ Trapianto di organi o di parte di essi per le prestazioni sanitarie rese necessarie sul donatore</li> <li>✓ Prestazioni sanitarie successive per le cure al neonato successive al parto</li> <li>✓ Vitto e pernottamento dell’eventuale accompagnatore nell’istituto di cura o in una struttura alberghiera</li> <li>✓ Per le spese o per l’eccedenza di spese sostenute in proprio dall’Assicurato stesso nel caso di prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale</li> </ul> <p>Il rimborso spese di cura si intende valido anche in casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diaria da ricovero, anche in caso di Day Hospital</li> </ul>
---	--

	✓ Diaria da convalescenza da gessatura
<b>Invalidità permanente da malattia</b>	L'assicurazione comprende la copertura per invalidità permanente da malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione



### Che cosa non è assicurato?

<b>Rimborso spese di cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o gessatura</b>	<p>Sono esclusi dal rimborso spese di cura casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Conseguenze dirette di infortuni, nonché malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto</li> <li>✗ Eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza</li> <li>✗ Stati patologici correlati alla infezione HIV</li> <li>✗ Malattie mentali, disturbi psichici tra cui comportamenti nevrotici</li> <li>✗ Infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato</li> <li>✗ Infortuni e intossicazioni da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni</li> <li>✗ Aborto non terapeutico</li> <li>✗ Prestazioni aventi finalità estetiche</li> <li>✗ Installazioni di protesi dentarie, paradontopatie e cure dentarie, quando non siano rese necessarie da infortunio</li> <li>✗ Acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici</li> <li>✗ Infortuni subiti in occasione della pratica degli sports indicati nelle Condizioni di Assicurazione</li> <li>✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo</li> <li>✗ 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</li> <li>✗ Ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura</li> <li>✗ Conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e dalle accelerazioni di particelle atomiche</li> <li>✗ Conseguenza di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche</li> <li>✗ Ricoveri determinati da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche</li> <li>✗ Prestazioni per la diagnosi della sterilità e dell'impotenza</li> <li>✗ Diaria da ricovero da gessatura <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Parto con o senza taglio cesareo, aborto terapeutico, malattie dipendenti da gravidanza, puerperio</li> <li>○ Gessature riguardanti singole dita dei piedi o delle mani salvo pollice o indice</li> </ul> </li> </ul>
<b>Invalidità permanente da malattia</b>	<p>L'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti causate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici in genere, anteriori alla data di decorrenza del contratto</li> <li>✗ Abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni</li> <li>✗ Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici</li> <li>✗ Trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche</li> <li>✗ Trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche</li> <li>✗ Guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche</li> <li>✗ Delitti dolosi compiuti dall'Assicurato o atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi e consentiti</li> </ul>

	✘ Stati patologici correlati alla infezione da HIV
--	--



### Ci sono limitazioni alla copertura?

<p><b>Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse dei Settori Rimborso spese cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o gessatura</b></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 relative alle garanzie prestate nel Settore Rimborso spese cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Massimale di 60€ giornalieri e 2.000€ per un periodo massimo di 90 giorni</li> <li>! Rimborso per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali – la copertura è prestata entro i 100 giorni successivi alla data di dimissione dall’istituto di cura</li> <li>! Prestazioni sanitarie successive al parto – massimale di 1.000€ per ogni neonato</li> <li>! Parto con o senza cesareo, aborto terapeutico, interventi sulle tonsille, vegetazioni adenoidi, emorroidi, varici, colecistectomie per calcoli, meniscopatie, ricostruzione dei legamenti articolari del ginocchio, appendiciti ed ernie non discali – massimale di per il rimborso di euro 3.000€</li> <li>! Rimborso spese per il Servizio Sanitario Nazionale – periodo di carenza di 5 giorni con un massimale di 120€ giornalieri per un periodo massimo di 90 giorni</li> </ul> <p>Il rimborso spese di cura prevede limitazioni anche in casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Diaria da ricovero – Durata massima di 300 giorni per evento e per periodo assicurativo, con limite di 5 giorni per il parto non cesareo o l’aborto terapeutico</li> <li>! Day Hospital – Franchigia assoluta pari al 50% della somma assicurata con la limitazione di 3 giorni di ricovero consecutivo</li> <li>! Diaria da convalescenza – Periodo massimo di 60 giorni a partire dal giorno successivo a quella della dimissione dell’Assicurato dall’istituto di cura</li> <li>! Infortunio</li> <li>! Diaria da convalescenza da gessatura – Periodo massimo di 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino</li> <li>! Prestazioni relative alle malattie e malattie conseguenti alla gravidanza o puerperio – termine di aspettativa pari a 30 giorni dalla decorrenza della garanzia</li> <li>! Prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché il parto – termine di aspettativa pari a 300 giorni dalla decorrenza della garanzia</li> </ul>
<p><b>Invalità permanente da malattia</b></p>	<p>Di seguito sono riportate le limitazioni per le garanzie prestate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Termini di aspettativa – La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l’assicurazione</li> <li>! Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti</li> <li>! Nel corso dell’assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie</li> </ul>



### Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

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



### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
<b>Rimborso</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
<b>Sospensione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



### Come posso disdire la polizza?

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



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Insalute OK 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 22%, calcolata sul premio annuo di polizza comprensivo di imposte

### COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

<b>Denuncia di sinistro per tutti i Settori</b>	In caso di sinistro il Contraente, o chi per esso, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ha avuto la possibilità (Art. 1913 Codice Civile). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 C.C.). La denuncia deve essere corredata di certificazione medica
<b>Prescrizione</b>	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?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
<b>ALL'IVASS</b>	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: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> 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.
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98). Tale procedura è obbligatoria per le controversie in materia di contratto di assicurazione e rappresenta una condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria.

<b>Negoziatore assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Arbitrato e Perizia Contrattuale:</b> 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.</li> <li>▪ 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</li> </ul>

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA**

**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

<b>OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</b>	<b>1</b>
 <b>Che cosa è assicurato?</b>	<b>1</b>
<b>GARANZIE BASE</b>	<b>1</b>
<b>Settore Rimborso Spese di Cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o da gessatura</b>	<b>1</b>
Art. 1 – Rimborso spese	1
Art. 2 – Servizio Sanitario Nazionale	1
Art. 3 – Diaria da ricovero	1
Art. 4 – Diaria da convalescenza da gessatura	2
<b>Settore Invalidità Permanente da malattia</b>	<b>2</b>
Art. 5 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Invalidità Permanente da malattia	2
 <b>Che cosa non è assicurato?</b>	<b>2</b>
<b>Settore Rimborso Spese di cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o da gessatura</b>	<b>2</b>
Art. 6 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura	2
Art. 7 – Persone non assicurabili per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura	3
<b>Settore Invalidità Permanente da malattia</b>	<b>3</b>
Art. 8 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Invalidità permanente da malattia	3
Art. 9 – Persone non assicurabili per il Settore Invalidità permanente da malattia	3
 <b>Ci sono limiti di copertura?</b>	<b>3</b>
Art. 10 – Massimale unico per nucleo familiare per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura	3
Art. 11 – Limiti degli indennizzi per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura	3
Art. 12 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura	3
 <b>Dove vale la copertura?</b>	<b>3</b>
Art. 13 – Estensione territoriale	3
 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	<b>4</b>
Art. 14 – Decorrenza della garanzia	4
Art. 15 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa per il Settore Invalidità permanente da malattia	4
Art. 16 – Termini di aspettativa per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura	4
Art. 17 – Scadenza di polizza	4
<b>COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</b>	<b>4</b>
<b>Norme applicate in caso di sinistro</b>	<b>4</b>
Art. 18 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	4
Art. 19 – Obblighi in caso di sinistro	4
Art. 20 – Denuncia dei sinistri	4
Art. 21 – Criteri di liquidazione	4
Art. 22 – Criteri e termini di liquidazione per il Settore Invalidità permanente da malattia	5
Art. 23 – Criteri di indennizzabilità per il Settore Invalidità permanente da malattia	5



Art. 24 – Diritto all’indennizzo per il Settore Invalidità permanente da malattia	5
Art. 25 – Controversie	5
Art. 26 – Rinuncia al diritto di surroga	6
Art. 27 – Liquidazione del danno/pagamento dell’indennizzo/motivi di contestazione	6
<b>COSA FARE PER ATTIVARE LA COPERTURA</b>	<b>6</b>
 <b>Quando e come devo pagare?</b>	6
Art. 28 – Pagamento del premio	6
<b>NORME CHE REGOLANO IL RECESSO</b>	<b>6</b>
 <b>Come posso disdire la polizza?</b>	6
Art. 29 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro	6
<b>NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE IN GENERALE</b>	<b>6</b>
Art. 30 – Altre assicurazioni	6
Art. 31 – Modifiche dell’assicurazione	6
Art. 32 – Oneri fiscali	7
Art. 33 – Rinvio alle norme di Legge	7
<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	<b>7</b>
<b>NORME LEGISLATIVE RICHIAMATE NEL CONTRATTO</b>	<b>8</b>

## 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 Rimborso Spese di Cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o da gessatura

#### Art. 1 – Rimborso spese

Alle condizioni che seguono, la Società rimborsa all'Assicurato in caso di:

- ricovero in istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da infortunio o malattia;
- intervento chirurgico anche senza ricovero, in istituto di cura pubblico o privato o in ambulatorio reso necessario da infortunio e malattia;
- Parto o aborto terapeutico comportante il ricovero;

Le spese da lui sostenute fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per:

- a) gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura pubblico o privato nei **100 giorni precedenti il ricovero**, l'intervento chirurgico senza ricovero, il parto o l'aborto terapeutico comportante il ricovero, purché relativi al sinistro denunciato;
- b) l'onorario del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- c) l'assistenza medica, infermieristica, le cure ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi, gli esami ed i medicinali, durante il ricovero;
- d) le rette di degenza;
- e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio per il ricovero o per l'intervento e, dopo la dimissione, per il trasporto al suo domicilio;
- f) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le cure termali (**escluse in ogni caso le spese alberghiere**), purché inerenti e conseguenti al ricovero o all'intervento chirurgico, sostenute nei **100 giorni successivi** a quello della dimissione dall'istituto di cura (pubblico o privato) o da quello dell'intervento chirurgico senza ricovero;

- g) il trapianto di organi o di parte di essi conseguenti a malattia od infortunio, per le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza;

- h) le prestazioni sanitarie successive al parto indennizzabile a termini di polizza e rese necessarie da cure per il neonato durante il ricovero, con il massimale di euro 1.000,00; in caso di parto plurimo il massimale di euro 1.000,00 varrà per ogni neonato;
- i) vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura o, in caso di comprovata non disponibilità dell'istituto stesso, in una struttura alberghiera.

**La garanzia è prestata per un periodo massimo di 90 giorni con il limite giornaliero di euro 60,00. L'onere a carico della Società per l'insieme delle prestazioni di cui ai precedenti punti e) ed f) non potrà superare l'importo di euro 2.000,00.**

**Nei casi di parto con o senza taglio cesareo, di aborto terapeutico, di interventi sulle tonsille, per vegetazioni adenoidi, emorroidi, varici, colecistectomie per i calcoli, meniscopatie e di ricostruzione dei legamenti articolari del ginocchio, appendiciti ed ernie non discali, il rimborso non potrà superare per ogni singolo evento l'importo di euro 3.000,00.**

#### Art. 2 – Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato - in caso di ricovero - si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni valgono per le spese o per l'eccedenza di spese sostenute in proprio dall'Assicurato stesso. Nel caso in cui il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e comunque nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, **le prestazioni di cui sopra vengono sostituite da una indennità pari a 120,00 giornaliera, per ciascun giorno, a partire dal sesto giorno successivo a quello del ricovero stesso, con limite di 90 giorni.**

#### Art. 3 – Diaria da ricovero

La Società corrisponde all'Assicurato, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, l'indennità

giornaliera assicurata, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 300 giorni per evento e per periodo assicurativo, con il limite di 5 giorni per il parto non cesareo o l'aborto terapeutico. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. **L'assicurazione vale anche per il caso di degenza, diurna continuativa (Day Hospital) purché non inferiore a 3 giorni consecutivi (non tenendo conto delle festività); l'indennità giornaliera verrà corrisposta nella misura pari alla metà della somma giornaliera assicurata.**

#### Art. 4 – Diaria da convalescenza da gessatura

In caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato, indennizzabile a termini di polizza, ma non conseguente ad infortunio comportante "gessatura", la Società corrisponde l'indennità giornaliera di convalescenza garantita a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dell'Assicurato dall'istituto di cura, **per una durata pari a quella del ricovero con un massimo di 60 giorni. Sono esclusi da questa garanzia il parto con o senza taglio cesareo, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio.**

Qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata "gessatura", la Società corrisponde all'Assicurato la suddetta indennità giornaliera, dal giorno di dimissione dall'istituto di cura se vi è stato "ricovero", oppure dal giorno dell'applicazione della "gessatura" se non vi è stato ricovero, **fino alla sua rimozione e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino.**

**La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione che ha comportato l'applicazione della "gessatura" riguardi singole dita dei piedi o delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.**

### Settore Invalidità Permanente da malattia

#### Art. 5 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Invalidità Permanente da malattia

La garanzia è operante per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione secondo quanto previsto dal successivo Art. 15 e manifestatasi non oltre 365 giorni cioè in anno dalla cessazione dell'assicurazione.



#### Che cosa non è assicurato?

#### Settore Rimborso Spese di cura, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza o da gessatura

#### Art. 6 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura

L'assicurazione non è operante per:

**A) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano**

**dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;**

- B) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;**
- C) gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;**
- D) i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;**
- E) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);**
- F) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;**
- G) l'aborto non terapeutico;**
- H) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi chirurgici demolitivi);**
- I) le protesi dentarie, le parodontopatie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;**
- L) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'Art. 1 lettera b);**
- M) gli infortuni subiti in occasione della pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sports aerei in genere;**
- N) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;**
- O) 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 un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
- P) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura;**
- Q) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;**
- R) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;**
- S) i ricoveri determinati da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
- T) le prestazioni per la diagnosi della sterilità e dell'impotenza.**

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

### Art. 7 – Persone non assicurabili per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive 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. 17 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni Generali di Assicurazione e dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

## Settore Invalidità Permanente da malattia

### Art. 8 – Cosa non comprende l'Assicurazione per il Settore Invalidità permanente da malattia

L'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti causate direttamente o indirettamente da:

- infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici in genere, anteriori alla data di decorrenza del presente contratto;
- abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato o atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
- gli stati patologici correlati alla infezione da HIV.

### Art. 9 – Persone non assicurabili per il Settore Invalidità permanente da malattia

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive 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. 18 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni Generali di Assicurazione e dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.



## Ci sono limiti di copertura?

### Art. 10 – Massimale unico per nucleo familiare per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura

Se è stata resa operante la relativa forma, il massimale indicato in polizza si intende prestato per evento, per periodo assicurativo e per nucleo familiare.

### Art. 11 – Limiti degli indennizzi per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura

Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non può superare il massimale assicurato.

### Art. 12 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Rimborso spese (Art. 1)	-	Euro 2.000
Prestazioni sanitarie successive al parto (Art. 1, Lett H)	-	Euro 1.000 per ogni neonato
Parto con o senza cesareo, aborto terapeutico, intervento sulle tonsille, vegetazioni adenoidi, emorroidi, varici, colecistectomie per calcoli, meniscopatie, ricostruzione di legamenti del ginocchio, appendiciti ed ernie non discali (Art. 1)	-	Euro 3.000
Servizio Sanitario Nazionale (Art. 2)	-	Euro 120
Day-hospital (Art. 3)	50% somma assicurata	-



## Dove vale la copertura?

### Art. 13 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

### Art. 14 – Decorrenza della garanzia

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 come regolato nell'Art. 28, 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.**

### Art. 15 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa per il Settore Invalidità permanente da malattia

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 14 ha effetto l'assicurazione. Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa, alla scadenza annuale senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati e 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 essa previste.

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

### Art. 16 – Termini di aspettativa per il Settore Spese di cura, diaria da ricovero, diaria da convalescenza o da gessatura

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 di effetto dell'assicurazione.**

A maggior precisazione di quanto sopra, la Società non effettuerà alcun rimborso per le prestazioni iniziate durante il periodo di aspettativa e protrattesi, senza soluzione di continuità, oltre tale termine.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale, senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., riguardante gli stessi Assicurati 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 essa previste.

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

### Art. 17 – Scadenza di polizza

La polizza termina automaticamente alla scadenza pattuita, senza tacita proroga e senza necessità di disdetta.

## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

### Norme applicate in caso di sinistro

#### Art. 18 – 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. 19 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente, o chi per esso, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità (Art. 1913 Codice Civile).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. (Art. 1915 C.C.)

#### Art. 20 – Denuncia dei sinistri

**La denuncia di cui all'Art. 19 deve essere corredata di certificazione medica.**

**L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, fornire akka stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

#### Art. 21 – Criteri di liquidazione

**La Società effettua il pagamento di quanto dovuto ai sensi di polizza:**

- a) relativamente al "Rimborso spese di cura", a cure ultimate, su presentazione, in originale, delle ricevute, notule e/o distinte debitamente quietanzate.

**A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.**

**Qualora l'Assicurato abbia ottenuto un rimborso da ente pubblico o privato, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto previa dimostrazione, da parte dell'Assicurato stesso, attraverso la documentazione originale, delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico di terzi.**

**Qualora il ricovero in istituto di cura si protragga oltre 15 giorni, l'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione fino al massimo del 50% delle spese fino**

ad allora sostenute e documentate, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'istituto di cura che attesti le cause, la specie e la natura del ricovero, nonché la data del suo inizio e del presumibile termine. L'anticipo delle spese può avere luogo qualora l'ammontare delle stesse al momento della richiesta non sia inferiore a euro 2.500,00.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi saranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi;

- b) relativamente alla "Diaria" da ricovero, convalescenza o gessatura, a cure ultimate, su presentazione, in originale di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero, della convalescenza o della gessatura;
- c) relativamente alla invalidità permanente da malattia, vale quanto previsto all'Art. 22.

## Art. 22 – Criteri e termini di liquidazione per il Settore Invalidità permanente da malattia

La percentuale di invalidità permanente viene accertata - non prima che siano decorsi 365 giorni cioè un anno dalla data di denuncia della malattia - con riferimento alla tabella per l'industria allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute fino al 24 luglio 2000.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale. Se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

- Percentuale di invalidità permanente
- Percentuale da applicare accertata sulla somma assicurata.

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
dal 35 al 55	pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
dal 66 al 100	100

## Art. 23 – Criteri di indennizzabilità per il Settore Invalidità permanente da malattia

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti (\*). Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza (\*\*\*) con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

- (\*) Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo- funzionali diversi.
- (\*\*\*) Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

## Art. 24 – Diritto all'indennizzo per il Settore Invalidità permanente da malattia

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto, in misura determinata, la Società paga gli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria

## Art. 25 – Controversie

In caso di controversie sulla indennizzabilità del sinistro le Parti, di comune accordo, possono conferire per iscritto mandato a due medici, nominati uno per parte, i quali si riuniscono nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Tali medici, ove vi sia divergenza, costituiscono un Collegio medico, formato da loro stessi e da un terzo medico, dagli stessi nominato, in caso di disaccordo, dal Collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. **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'accertamento 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 fino 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 rifiuta di firmare il relativo verbale, tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

### Art. 26 – Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennizzo, di surrogarsi - secondo la facoltà concessa dall'Art. 1916 del Codice Civile - nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

### Art. 27 – 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. 28 – Pagamento del premio

Come regolato nell'Art. 14, 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 sinistri avvenuti durante la sospensione sono esclusi dalla copertura.**

**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. 29 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro

La polizza termina automaticamente alla scadenza pattuita, senza tacita proroga e senza necessità di disdetta.

Dopo ogni sinistro, denunciato a 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. 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 della imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

La Società rinuncia ad avvalersi del disposto del presente Articolo trascorsi 2 anni dalla data di perfezionamento del contratto.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

#### Art. 30 – Altre assicurazioni

**Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per uno o più rischi coperti con la presente polizza, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.. La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni; in tal caso rimborsa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo del premio imbonibile pagato e non goduto.**

#### Art. 31 – Modifiche dell'assicurazione

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

**Art. 32 – Oneri fiscali**

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

**Art. 33 – 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](mailto: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](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://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. 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 risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita

### Art. 1910 c.c. Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

---

**Art. 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.

**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.

**Network**

Rete Convenzionata da Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:

- a) In forma diretta, cioè senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi di ricovero;
  - b) In forma indiretta (con utilizzo delle tariffe preferenziali).
- L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile nel sito [www.nobis.it](http://www.nobis.it)

**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 dannoso 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](mailto:nobisassicurazioni@pec.it)  
[www.nobis.it](http://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.