



ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO TERZO SETTORE

MODELLO ASVT.2021-2026.001 – EDIZIONE: FEBBRAIO 2026

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI + R.C. TERZI + MALATTIA + ASSISTENZA ALLA PERSONA

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894148

NUMERO dall'estero
+39.039.9890721

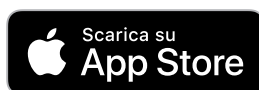
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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

- ✓ tutte le polizze sottoscritte con la documentazione contrattuale
- ✓ i dati dell'intermediario sempre a disposizione
- ✓ uno spazio semplice per gestire i sinistri
- ✓ assistenza in tempo reale, 24 ore al giorno



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



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Ass. Volontariato Terzo Settore

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

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete, relative al prodotto, sono fornite nel Set informativo.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il presente contratto assicura il Volontario del Terzo Settore nello svolgimento della propria attività per il rischio infortuni, malattia, responsabilità civile e assistenza. Con il presente contratto si coprono gli obblighi che derivano dalla Legislazione vigente in capo agli Enti del Terzo Settore (ETS).



CHE COSA È ASSICURATO?

Si riporta una sintesi delle coperture previste, fatto salvo la possibilità per il Contraente di sottoscrivere diversi pacchetti assicurativi meglio dettagliati nella Sezione E delle Condizioni di Assicurazione:

✓ Invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che abbia come conseguenza diretta una invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma non oltre due anni dalla data dell'infortunio, l'Impresa corrisponde l'indennità, calcolata sulla somma assicurata, in base al grado di invalidità permanente accertata. (Tabella INAIL - D.P.R. 30/06/1965, n.1.124).

✓ Rimborso spese mediche da infortunio

L'Impresa garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, dell'assistenza infermieristica, delle rette di degenza in Istituti di cura pubblici e privati, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, trasporto in ambulanza in ospedale o casa di cura nonché delle spese farmaceutiche rese necessarie per l'eliminazione delle conseguenze dell'infortunio.

✓ Diaria giornaliera per ricovero da infortunio o malattia

La diaria prescelta viene riconosciuta in caso di ricovero comprovato da Cartella Clinica a seguito di infortunio o malattia, indennizzabile a termini di polizza, per ogni giorno di degenza e per la durata massima prevista da ogni singola garanzia e dall'opzione assicurativa prescelta.

✓ Invalidità permanente da malattia

La copertura assicurativa vale per i casi di Invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e, comunque, non oltre 30 giorni dalla cessazione del servizio in qualità di volontario.

Per i criteri da seguire per la valutazione del grado di invalidità permanente da Malattia (IPM) si farà riferimento all'articolo 13 del D. Lgs. 23.02.2000, n. 38 nonché alla "Tabella delle menomazioni" del D.M. 12.07.2000 e relativi allegati. Nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25%.

✓ Rimborso spese per prestazioni sanitarie all'estero

L'Impresa rimborsa le spese documentate sostenute dall'Assicurato in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia occorse durante il periodo del servizio svolto all'estero per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, rette di degenza, trasporto in ambulanza, vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera.

✓ Responsabilità Civile verso Terzi

L'Impresa si obbliga a tenere indenne i soggetti assicurati di quanto questi sia tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi durante lo svolgimento delle mansioni afferenti in via diretta ed esclusiva all'attività dell'Ente contraente.

✓ Assistenza

La copertura prevede le prestazioni qui di seguito elencate: Informazioni sanitarie, Ricerca e prenotazione di centri sanitari di alta specializzazione, Trasferimento sanitario, Consulti tra specialisti, Concorso spese mediche farmaceutiche ospedaliere, Invio di una equipe medica, Organizzazione del rientro sanitario dall'estero, Concorso spese di ricerca e salvataggio, Recapito messaggi urgenti, Trasporto rimpatrio salma, Familiare al seguito e Bagaglio.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Non potrà essere assicurato alcun soggetto che non rivesta la qualifica di Volontario presso un Ente del Terzo Settore (ETS).
- ✗ Non potrà essere assicurato alcun soggetto con età anagrafica superiore a 85 anni;
- ✗ Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia: sono assicurabili le persone che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 65° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite.
- ✗ Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi; di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.
- ✗ Soggetti diversi da quelli residenti nel territorio della Repubblica Italiana.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

- ! Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni e le malattie causate:
- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - b) dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole ed operatrici, di natanti a motore di uso non privato; Tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;
 - c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
 - d) dallo svolgimento di qualsivoglia attività lavorativa in modo difforme alle prescrizioni normative, regolamentari e fiscali tempo per tempo vigenti;
 - e) dal volo aereo;
 - f) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue forme e altri sport indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
 - g) dalla partecipazione a competizioni, ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey;
 - h) da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
 - i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;
 - j) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
 - k) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;
 - l) dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;
 - m) da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate riconosciute dal CONI, esercitate da Assicurati di età superiore ai 20 anni;
 - n) da attività di fabbricazione e/o brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;
 - o) da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
 - p) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
 - q) dall'intervento delle Forze Armate dello Stato;
 - r) da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;
 - s) sono comunque esclusi la sieropositività da HIV, i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche, le malattie professionali, la NBC, così come definita nel glossario; la pandemia, così come definita nel glossario;
- Restano comunque espressamente escluse le rendite.

Per quanto riguarda le esclusioni specifiche relative alla Malattia e quelle afferenti alla copertura R.C. verso Terzi e Assistenza si rimanda al DIP Aggiuntivo.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ Le coperture di cui al Capitolo 1 "Infortuni e malattia" valgono per il Mondo intero.
- ✓ Le coperture di cui al Capitolo 2 "Responsabilità Civile verso Terzi" valgono per il Mondo intero, escluse USA, Canada e Messico.
- ✓ Le coperture di cui al Capitolo 3 "Assistenza" valgono per il Mondo intero.



CHE OBBLIGHI HO?

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

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

Il Contraente e l'Assicurato, in caso di sinistro, devono mettere a disposizione dell'Impresa tutta la documentazione necessaria alla verifica del caso.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento, per il tramite del Contraente, del premio che è determinato per periodi di assicurazione annuale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa. Il premio è già comprensivo di imposte.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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

Il contratto di assicurazione ha validità annuale e non prevede alcun tacito rinnovo automatico.

Le coperture relative ai singoli Assicurati hanno la stessa durata del contratto di assicurazione, restando inteso che la risoluzione del contratto comporterà la risoluzione anche delle singole coperture.

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



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Non essendo previsto alcun automatico rinnovo, la polizza non potrà essere disdettata nel corso dell'annualità assicurativa.

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

ASSICURAZIONE DANNI

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



Prodotto: ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO TERZO SETTORE
Versione n. 1 di Febbraio 2026 (ultimo disponibile)

Scopo

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

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

Società

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet www.nobis.it, e-mail: assicurazioni@nobis.it, PEC: nobisassicurazioni@pec.it. È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.

La società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Axa Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 2497 seguenti del Codice Civile e appartiene al gruppo assicurativo Axa Italia, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi con il numero 041.

Esercizio 2024

Bilancio approvato il 28/03/2025

Il patrimonio netto di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad €. 173.843.377 ed il risultato economico di periodo ammonta ad €. 32.530.247,89.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, si specifica che il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari a 192,7% e si richiama l'attenzione del Contraente in merito alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito dell'Impresa al seguente link: <https://www.nobis.it/chi-siamo/governance/solvency-ii-sfcr/>.

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

Prodotto



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle Garanzie **Invalità permanente da infortunio, Rimborso spese mediche da infortunio, Diaria giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, Invalità permanente da malattia, Rimborso spese per prestazioni sanitarie all'estero, Responsabilità Civile verso Terzi e Assistenza** non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP Danni. L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato alle Opzioni assicurative prescelte dall'Assicurato. (vedi Sez. E delle Condizioni)



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le esclusioni, valide per tutte le garanzie Infortuni e Malattia, sono già state elencate nel DIP Danni. Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni specifiche per ciascuna garanzia.

Infortuni e Malattia

In relazione alle garanzie di cui al Capitolo 1, risultano operanti anche le seguenti esclusioni:

- le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi o consulti sanitari, insorti prima della stipulazione del contratto, nonché le malattie croniche o recidivanti;
- le conseguenze dirette di malattie in atto al momento dell'entrata in servizio;
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le prestazioni aventi finalità estetiche;
- qualsiasi protesi dentaria e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- atti di terrorismo.

R.C. Terzi	L'assicurazione non comprende i danni: a) da derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività diversa da quella prestata in favore dell'Ente del Terzo Settore; b) derivanti da furto; c) a cose dovuti a cedimento o franamento del terreno, se tali danni derivano da lavori impicanti sotto murature o altre tecniche sostitutive; d) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute a qualunque titolo e/o ragione e/o causa; e) provocati a opere o cose sulle quali o mediante le quali si diano avvio e/o prosecuzione a lavori di qualsiasi natura; f) provocati a opere o beni di qualsiasi natura avente valore artistico, storico, religioso e, comunque, apprezzabile sotto qualsiasi aspetto; g) derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi aerei e di locomozione a motore; h) conseguenti ad inadempimenti di obblighi contrattuali e fiscali; i) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; j) derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione; k) conseguenti a guerra, scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, atti di terrorismo e di sabotaggio; l) derivanti dalla generazione di campi elettromagnetici (EMF) e delle radio frequenze (di antenne e telefoni cellulari); m) derivanti da malattie che potrebbero manifestarsi in relazione alla Encefalopatia spongiforme - BSE; n) derivanti direttamente o indirettamente da attività di Information & Communication Technology; al verificarsi di tale fattispecie s'intende comunque inclusa l'attività svolta via internet, nonché l'attività conseguente alla fornitura di servizi e/o consulenza informatica. o) da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; p) a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate; q) derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali; r) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria; s) derivanti da responsabilità, di qualsiasi natura e comunque occasionata, direttamente o indirettamente derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura asbesto. t) derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività professionale o, in ogni caso, retribuita con una qualsiasi forma di utilità; u) derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività di carattere medico e/o infermieristico e/o sanitario.
Assistenza	L'Assicurazione non è operante nei casi di: a) eventi derivanti dalla pratica di sport aerei e motonautici; b) eventi derivanti da atti dolosi e di pura temerarietà dell'Assicurato; c) eventi derivanti da situazioni patologiche note all'Assicurato alla data di inizio della copertura e/o loro conseguenze, ricadute o recidive; d) cure dovute per malattie mentali, disturbi psichici in genere e nervosi; e) aborto volontario; f) eventi conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni assunti volontariamente; g) eventi derivanti da abuso di alcool, psicofarmaci ad uso non terapeutico, stupefacenti e allucinogeni; h) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, atti vandalici, terremoti, influenze atmosferiche e fenomeni naturali aventi caratteristiche di calamità; i) conseguenze dirette e indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; j) cure o eliminazione di difetti fisici o di malformazioni congenite, applicazioni di apparecchi protesici, cure infermieristiche, termali e dimagranti; k) prestazioni aventi finalità di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio avvenuto a seguito di incidente stradale verificatosi nel corso della garanzia; l) le cure dentarie e parodontoiatriche non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto e, in ogni caso, le protesi dentarie; m) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo per gli apparecchi applicati durante l'intervento; n) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); o) il suicidio o il tentato suicidio.

Franchigie, scoperti e massimali variabili in funzione della Opzione assicurativa prescelta e analiticamente indicate nella Sez. E delle Condizioni di Assicurazione.

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



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto assicura il Volontario del Terzo Settore nello svolgimento della propria attività per il rischio infortuni, malattia, responsabilità civile e assistenza. Con il presente contratto si coprono gli obblighi che derivano dalla Legislazione vigente in capo agli Enti del Terzo Settore (ETS).



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del rischio assicurando e le garanzie prescelte.

Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 35,13%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 24,26%, per il Ramo 13 (R.C. Generale) è pari al 19,58%, per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 35,49%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - 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 avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia. Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono detraibili al 19% nei seguenti casi e alle seguenti condizioni. • Infortuni (Ramo 1) e malattia (Ramo 2): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5%, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti. • Malattia (Ramo 2): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, su una spesa massima di 1.291,14 euro, anche in presenza di più contratti. • Infortuni (Ramo 1): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL). In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile.
---	---

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link (https://www.nobis.it).
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

INFORMATIVA IN MERITO ALLE DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI E LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE	1
SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	2
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 2 – Altre assicurazioni	3
Art. 3 – Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione	3
Art. 4 – Modifiche dell'assicurazione	3
Art. 5 – Aggravamento del rischio	3
Art. 6 – Diminuzione del rischio	3
Art. 7 – Obblighi in caso di sinistro	3
Art. 8 – Recesso in caso di sinistro	3
Art. 8 Bis – Diritto di ripensamento	3
Art. 9 – Durata del contratto	4
Art. 9 Bis – Determinazione dei soggetti assicurati e durata delle coperture	4
Art. 10 – Oneri fiscali	4
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione	4
Art. 12 – Rinvio alle norme di legge	4
Art. 12 Bis – Sanctions Clause	4
Art. 13 – Foro competente	4
Art. 14 – Clausola embargo	4
Art. 15 – Limiti di età sempre operanti	4
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	5
CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA	5
Art. 1.1 – Soggetti assicurati	5
Art. 1.2 – Operatività della copertura assicurativa	5
Art. 1.3 – Limiti di età e cessazione dell'assicurazione	5
Art. 1.4 – Persone non assicurabili	5
Art. 1.5 – Validità territoriale	5
Art. 1.6 – Equiparazione ad infortunio - Estensioni di garanzia	5
Art. 1.7 – Esonero denuncia d'infermità	6
SOTTOCAPITOLO A – INFORTUNI	6
Art. 1.8 – Invalidità permanente da infortunio	6
Art. 1.8 Bis – Controversie	16
Art. 1.9 – Caso morte	16
Art. 1.10 – Morte presunta	16
Art. 1.11 – Estensione al rischio volo	16
Art. 1.12 – Rischio guerra	16
Art. 1.13 – Ernie traumatiche da sforzo	16
Art. 1.14 – Danni estetici	17
Art. 1.15 – Rimborso spese mediche da infortunio	17
Art. 1.16 – Diaria giornaliera per ricovero da infortunio	17
SOTTOCAPITOLO B – MALATTIA	17
Art. 1.17 – Invalidità permanente da malattia	17
Art. 1.18 – Malattie tropicali	18
Art. 1.19 – Diaria giornaliera per ricovero da malattia	18
SOTTOCAPITOLO C – RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO ALL'ESTERO	19
Art. 1.20 – Oggetto dell'assicurazione	19
Art. 1.21 – Rimborso spese per rientro sanitario	19
Art. 1.22 – Day hospital	19
Art. 1.23 – Decorrenza della garanzia, termini di aspettativa	19
Art. 1.24 – Criteri di indennizzo	19
Art. 1.25 – Esclusioni valide per il presente capitolo	20
Art. 1.26 – Controversie (sottocapitolo 2 e sottocapitolo 3)	20
CAPITOLO 2 – RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	21
Art. 2.1 – Soggetti assicurati	21
Art. 2.2 – Oggetto dell'assicurazione	21
Art. 2.3 – Rischi compresi	21
Art. 2.4 – Esclusioni valide per il presente capitolo	21
Art. 2.5 – Persone non considerate terzi	22
Art. 2.6 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	22
Art. 2.7 – Rinuncia alla rivalsa/surroga	22
Art. 2.8 – Gestione delle vertenze di danno – Spese legali	22
Art. 2.9 – Estensioni di garanzia	22
Art. 2.10 – Validità territoriale	22
CAPITOLO 3 – ASSISTENZA	22
Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione e soggetti assicurati	22
Art. 3.2 – Limiti di esposizione	22
Art. 3.3 – Responsabilità	22
Art. 3.4 – Condizioni particolari	22
Art. 3.5 – Operatività delle prestazioni di assistenza	22
Art. 3.6 – Informazioni sanitarie	22

Art. 3.7 – Ricerca e prenotazione di centri sanitari di alta specializzazione	22
Art. 3.8 – Operatività del servizio assistenza	23
Art. 3.9 – Trasferimento sanitario	23
Art. 3.10 – Consulti tra specialisti	23
Art. 3.11 – Concorso spese mediche farmaceutiche ospedaliere	23
Art. 3.12 – Invio di una equipe medica	23
Art. 3.13 – Organizzazione del rientro sanitario dall'estero	23
Art. 3.14 – Concorso spese di ricerca e salvataggio	23
Art. 3.15 – Recapito messaggi urgenti	23
Art. 3.16 – Trasporto/rimpatrio salma	23
Art. 3.17 – Familiare al seguito	24
Art. 3.18 – Bagaglio	24
Art. 3.19 – Esclusioni generali valide per il presente capitolo	24
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	25
CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA	25
Art. 4.1 – Modalità per la denuncia del sinistro	25
CAPITOLO 2 – RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI	25
Art. 4.2 – Modalità per la denuncia del sinistro	25
CAPITOLO 3 – ASSISTENZA	25
Art. 4.3 – Modalità per la richiesta di assistenza	25
SEZIONE V – CAPITALI/MASSIMALI ASSICURATI (OPZIONI ASSICURATIVE)	27
APPENDICE NORMATIVA	28

INFORMATIVA IN MERITO ALLE DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI E LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE.

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la legge in materia di "Oblio oncologico" (Legge 7 Dicembre 2023 n. 193, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 18 dicembre 2023, recante "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche", con l'introduzione del cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" - "Legge").

Il termine "oblio oncologico" esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né di subire indagini, in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi.

Secondo la norma, un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica, quando le cure ed i trattamenti attivi si sono conclusi, senza che si siano manifestati episodi recidivanti (quali ricadute), da più di 10 anni al momento della richiesta di informative specifiche sul suo stato di salute. Se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età, questo intervallo temporale viene ridotto a 5 anni.

In occasione della stipula o rinnovo di contratti assicurativi, non possono essere altresì applicati limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente.

È inoltre vietato richiedere, ai fini della stipula, l'effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari volti all'accertamento dello stato di salute collegato a patologie oncologiche.

Qualora le informazioni sulla patologia siano state fornite precedentemente, queste non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, decorso il termine stabilito dalla legge. A tal fine, il Contraente invia tempestivamente la certificazione, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata. Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, le informazioni in precedenza acquisite dovranno essere cancellate.

La violazione delle disposizioni nella stipula dei contratti successiva all'entrata in vigore della Legge determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi dichiarati dalla legge e non comporta la nullità dell'intero contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica Contraente ed è rilevabile d'ufficio.

I contratti stipulati dopo la data di entrata in vigore della legge devono conformarsi ai principi da essa introdotti.

In ossequio alla Legge sopra citata, in caso di stipula di un nuovo contratto o di rinnovo di uno esistente, ancorché venga somministrato un questionario sullo stato di salute, non sussiste l'obbligo di palesare patologie oncologiche pregresse, qualora si ritenga ricorrano le condizioni per la certificazione della guarigione nei termini di legge. L'assicurato non incorrerà nelle conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenze informative, avendo diritto alla liquidazione dell'indennizzo secondo il contratto. Per maggior chiarezza, permangono gli obblighi di accuratezza informativa verso l'Impresa di assicurazione, qualora non ricorrano le condizioni per la certificazione, al momento della stipula del contratto.

Per la piena applicazione della legge, il Ministero della Salute ha emanato alcuni provvedimenti volti a disciplinare le modalità e le forme per la certificazione, senza oneri per l'assicurato, della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'applicazione delle disposizioni di legge:

- Con Decreto del 22 marzo 2024 – rubricato *"Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023"*, il Ministero della Salute ha fornito alcune specificazioni mirate ad introdurre tempistiche ridotte per alcune tipologie tumorali per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosticati precedentemente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico. Tali specificazioni sono riportate nell'allegato 1 del citato Decreto e per facilità di consultazione vengono ritrascritte di seguito.

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio 1, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio 11-111, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio 1-11, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

- Con il Decreto 5 luglio 2024 – rubricato *"Disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico"*, il Ministero della Salute ha disciplinato le modalità per il rilascio della certificazione necessaria per esercitare il diritto all'oblio oncologico previsto dalla Legge 193/2023 di cui sopra. Per richiedere detta certificazione, l'interessato deve presentare apposita istanza, secondo il modello allegato al Decreto, corredata dalla documentazione medica richiesta, presso una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o ad un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o al medico di medicina generale oppure al pediatra di libera scelta.

La certificazione, redatta secondo il modello contenuto nel medesimo Decreto attuativo, è rilasciata gratuitamente entro trenta giorni dalla richiesta se sussistono, a giudizio della struttura o del medico certificante, le condizioni di legge. Il rilascio di detta certificazione non deve comportare oneri per il richiedente.

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

APPLICAZIONE: documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato;

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione nel caso specifico i dipendenti e i collaboratori del Contraente;

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione;

ATTO DI TERRORISMO: per atto di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicato per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione o organizzazioni, un governo o governi con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimidire l'opinione pubblica o parte di essa;

BENEFICIARIO: gli eredi naturali ovvero la persona o le persone designate in polizza quali titolari del diritto all'indennizzo in caso di morte dell'assicurato;

CENTRALE OPERATIVA: la struttura dell'Impresa costituita da tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza;

CONTAMINAZIONE: per contaminazione si intende l'inquinamento, l'avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche;

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione;

GESSATURA: applicazione di apparecchio gessato, mezzo di contenimento o tutore che abbia le seguenti caratteristiche: rigidità, immobilizzazione di una o più articolazioni, rimovibilità solo mediante demolizione o asportazione da parte di Sanitari;

IMPRESA: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

INABILITÀ TEMPORANEA: la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle proprie attività principali e secondarie dichiarate in polizza;

INDENNIZZO: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea;

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo/le attività della vita quotidiana, indipendentemente dalla professione svolta;

ISTITUTO DI CURA: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38;

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

MALATTIA PREESISTENTE: malattia che sia l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;

MALATTIA PROFESSIONALE: patologia contemplata dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successivi aggiornamenti;

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO: alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;

N.B.C.: contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;

PANDEMIA: patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tali da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione;

PREMIO: la somma dovuta all'Impresa;

RENDITA: somma di denaro costituente l'indennizzo corrisposta periodicamente e ricorrentemente dall'Impresa al Beneficiario di polizza (in sostituzione dell'erogazione sotto forma di capitale);

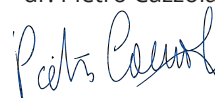
RICOVERO: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura - pubblico o privato - regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

SINISTRO: il fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI: terapia fisica, manuale e/o strumentale, che si applica nel percorso di riabilitazione conseguente a malattia o infortunio che abbiano prodotto lesioni obiettivamente constatabili.

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

Il Rappresentante legale
dr. Pietro Cazzola



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. ASVT.2021-2026.001 - Ultimo aggiornamento: Febbraio 2026

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

PREMESSA

Il presente contratto assicura il Volontario del Terzo Settore nello svolgimento della propria attività per il rischio infortuni, malattia, responsabilità civile e assistenza. Con il presente contratto si coprono gli obblighi che derivano dalla Legislazione vigente in capo agli Enti del Terzo Settore (ETS).

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

L'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare per iscritto l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto di 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 l'Assicurato 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, ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ. I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o all'Impresa.

Sarà onere del Contraente versare all'Impresa, al momento della sottoscrizione del contratto, tutti i premi dovuti in base al numero di Assicurati e alle Opzioni assicurative da questi prescelte.

Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 Cod. Civ.).

Art. 6 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Impresa è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso (art. 1898 Cod. Civ.).

Art. 7 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato, o gli aventi diritto, deve darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 Cod. Civ.

L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Cod. Civ.

Art. 8 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

Il recesso ha effetto:

- nel caso di recesso del Contraente: dalla data di invio della sua comunicazione;
- nel caso di recesso dell'Impresa: trascorsi 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente della comunicazione inviata dall'Impresa.

In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 60 (sessanta) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la quota parte di premio relativa al periodo di rischio assicurativo non corso, escluse soltanto le imposte.

Dal momento di efficacia del recesso esercitato nei confronti del Contraente questi non potrà includere ulteriori Assicurati, restando inteso che le coperture relative agli Assicurati già in essere al momento del recesso resteranno attive fino alla loro naturale scadenza annuale, escluso ogni tacito rinnovo.

L'Impresa inoltre potrà esercitare il recesso anche nei confronti dei singoli Assicurati particolarmente sinistrosi, che avrà effetto trascorsi 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente della comunicazione inviata dall'Impresa. In quest'ultimo caso la restituzione del premio pagato e non goduto del singolo Assicurato verrà eseguita, per il tramite del Contraente, entro 60 giorni dal momento dell'efficacia del recesso.

Art. 8 Bis – DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il Contraente, entro 14 giorni dal momento in cui il contratto è concluso e a condizione che non abbia denunciato alcun sinistro, può esercitare il diritto di ripensamento senza doverne indicare il motivo, cioè può chiedere all'Impresa che cessino gli

effetti del contratto. Per esercitare il diritto di ripensamento il Contraente deve inviare una raccomandata AR all'Impresa (viale Colleoni 21 – 20864 Agrate Brianza) o una p.e.c. (nobisassicurazioni@pec.it).

All'avverarsi della condizione indicata al capoverso che precede, l'Impresa procederà al rimborso del premio complessivamente versato e il contratto s'intenderà privo di ogni effetto anche in relazione ai giorni trascorsi tra la stipula e l'esercizio del diritto normato nel presente articolo.

Art. 9 – DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha durata di un anno e alla sua scadenza s'intende risolto integralmente, restando escluso qualsiasi automatico tacito rinnovo.

Art. 9 Bis – DETERMINAZIONE DEI SOGGETTI ASSICURATI E DURATA DELLE COPERTURE

Ai fini dell'individuazione delle persone assicurate, si farà riferimento unicamente all'elenco nominativo messo a disposizione dell'Impresa dal Contraente al momento della stipula del contratto. Detti nominativi dovranno risultare dal Modulo di polizza. La durata delle coperture relative ai singoli assicurati sarà uguale alla durata del contratto, così come normata dal precedente art. 9, restando inteso che la risoluzione del contratto comporterà la risoluzione anche delle singole coperture. Anche in questo caso resta escluso qualsivoglia tacito rinnovo.

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art.11 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi di diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 Cod. Civ., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 12 Bis – SANCTIONS CLAUSE

In nessun caso gli assicuratori/ i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 13 – FORO COMPETENTE

Qualsiasi causa inerente all'interpretazione e l'esecuzione del presente contratto viene devoluta di comune accordo tra le Parti alla competenza esclusiva del Foro di Milano.

Art. 14 – CLAUSOLA EMBARGO

L'Impresa non sarà tenuta a prestare copertura, né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio previsto nel presente contratto, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio esponga l'Impresa a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA o di qualsiasi altra legge nazionale.

Art. 15 – LIMITI DI ETÀ SEMPRE OPERANTI

Non potranno accedere alle coperture offerte dal presente contratto i soggetti con età superiore a 85 anni. Resta inteso che gli Assicurati che raggiungeranno tale limite in corso di contratto rimarranno in copertura fino alla prima scadenza, a seguito della quale la copertura s'intenderà priva di effetti senza necessità di formalità alcuna.

Restano confermati gli ulteriori limiti previsti per le garanzie di cui al Capitolo 1, meglio dettagliati nel successivo art. 1.3.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione si articola in 3 capitoli (*Infortuni e Malattia, RCT, Assistenza alla persona*) che disciplina le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA

Art. 1.1 – SOGGETTI ASSICURATI

Ai sensi del presente contratto s'intendono assicurati i singoli volontari, dell'Ente del Terzo Settore contraente, iscritti nell'apposito registro di cui all'art. 17 comma 1 del Decreto legislativo 03 luglio 2017 n. 117 (Codice del Terzo Settore) e i singoli volontari iscritti nel "Registro dei volontari occasionali".

Al fine di beneficiare della presente copertura, gli associati dell'Ente del Terzo Settore contraente, ossia coloro che non rivestono la qualifica di volontario ma che aderiscono all'E.T.S. come semplici iscritti, devono essere registrati nel "libro degli associati o aderenti" ai sensi dell'Art. 15, comma I, lettera a) del Decreto Legislativo n. 117/2017.

Art. 1.2 – OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Si precisa che le garanzie previste dal presente Capitolo sono operanti in Italia unicamente durante lo svolgimento del servizio per conto dell'E.T.S., mentre sono da considerarsi operanti 24 ore su 24 per tutto il periodo in cui il soggetto assicurato si trova in missione per conto dell'E.T.S. all'estero. Tale estensione decorre dal momento dell'arrivo a destinazione dell'Assicurato presso la sede estera di lavoro e termina al ritorno dell'Assicurato alla sede di partenza.

Si precisa, altresì, che la garanzia per infortunio è estesa agli Assicurati quando si trovano, in qualità di conducenti, alla guida di veicoli di proprietà degli Enti, nell'espletamento delle mansioni di cui sopra.

La garanzia si intende prestata anche per gli infortuni che avvengono in itinere. Ai fini della garanzia sono definiti infortuni in itinere quelli occorsi nei seguenti casi:

- durante il percorso di andata e ritorno dalla residenza al luogo dove è prestato il servizio;
- durante il percorso di andata e ritorno dal luogo dove è prestato il servizio a quello di consumazione dei pasti;
- durante i tragitti compiuti nell'orario di servizio, esclusivamente per l'adempimento delle attività professionali.

Viene inoltre stabilito che il percorso che collega due luoghi di lavoro quando compiuto per l'adempimento delle attività professionali su incarico dell'E.T.S., ovvero il tragitto di andata e ritorno per effettuare viaggi di servizio, è considerato rischio professionale.

Si precisa che, nei casi in cui l'Assicurato subisca l'infortunio in occasione di incidente automobilistico in qualità di passeggero, i capitali assicurati per le diverse garanzie devono intendersi dimezzati, in quanto il volontario percepisce un risarcimento dalla copertura assicurativa obbligatoria per la circolazione (RCA).

Art. 1.3 – LIMITI DI ETÀ E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi del presente contratto non potranno accedere alle coperture offerte dal presente Capitolo i soggetti con età superiore a 85 anni. Resta inteso che gli Assicurati che raggiungeranno tale limite in corso di contratto rimarranno in copertura fino alla prima scadenza, a seguito della quale la copertura s'intenderà priva di effetti senza necessità di formalità alcuna.

Si specifica che per quanto riguarda gli Assicurati con età compresa tra 80 e 85 anni le somme assicurate di tutte le garanzie s'intendono ridotte del 50% e l'Invalidità Permanente da Infortunio s'intenderà operante con una franchigia assoluta sempre operante del 5%. Detta franchigia opererà in tutti i casi nei quali l'Assicurato scelga di aderire alla copertura denominata "Offerta Light" (vedi Sezione E delle Condizioni per i dettagli).

A parziale deroga di quanto previsto nel primo capoverso del presente articolo si precisa che, relativamente alla garanzia Invalidità permanente da malattia, le coperture si intendono decadute al compimento del 65° anno di età. Resta inteso che gli Assicurati che raggiungeranno tale limite in corso di contratto rimarranno in copertura fino alla prima scadenza, a seguito della quale la copertura s'intenderà priva di effetti senza necessità di formalità alcuna.

Relativamente alla garanzia "Rimborso spese per prestazioni sanitarie da infortunio o malattia all'estero", la copertura cesserà al compimento del 80° anno di età. Resta inteso che gli Assicurati che raggiungeranno tale limite in corso di contratto rimarranno in copertura fino alla prima scadenza, a seguito della quale la copertura s'intenderà priva di effetti senza necessità di formalità alcuna.

Art. 1.4 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi; di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 1.5 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Tuttavia, la valutazione dell'infortunio e la corresponsione della relativa indennità verranno effettuate in Italia e in valuta euro.

Art. 1.6 – EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO- ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono considerati come infortuni anche:

- a) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi o punture di animali in genere;
- b) l'avvelenamento o l'intossicazione avente origine non traumatica, derivante da punture di insetti e di aracnidi;
- c) l'annegamento, l'asfissia, l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo, gli sforzi muscolari traumatici (esclusi gli infarti);
- d) le alterazioni patologiche causate da avvelenamento del sangue e da infezione, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;

Sono inoltre compresi in garanzia:

- e) le conseguenze derivanti da influenze termiche e/o atmosferiche nonché da scariche elettriche o da contatto con corrosivi;
- f) gli eventi da cui discendano lesioni fisiche derivati da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- g) gli eventi da cui discendano lesioni fisiche in conseguenza di imprudenze o negligenze, nonché in stato di malore od incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);
- h) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe e slavine.

Art. 1.7 – ESONERO DENUNCIA D'INFERMITÀ

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipula delle polizze o che dovessero in seguito sopravvenire.

Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata unicamente per le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escluso ogni maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

SOTTOCAPITOLO A – INFORTUNI

PRESTAZIONI E LIMITI DELLE GARANZIE

Art. 1.8 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio (verificatosi nel periodo di validità della copertura assicurativa) che abbia come conseguenza diretta una Invalidità permanente dell'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma non oltre due anni dalla data dell'infortunio, l'Impresa corrisponde l'indennità, calcolata sulla somma assicurata risultante dalla Opzione assicurativa prescelta, in base al grado di Invalidità permanente accertata.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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 la tabella di seguito riportata, senza applicazione di alcuna franchigia e fermo il disposto dell'art. 1.3.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

In tutti i casi nei quali l'Assicurato scelga di aderire alla copertura denominata "Offerta Light" (vedi Sezione E delle Condizioni per i dettagli) risulterà sempre operante una franchigia assoluta pari al 5%.

Sono incluse in copertura altresì le seguenti fattispecie:

- Per "Frattura" s'intende una soluzione di continuità dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta fortuita ed esterna. Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura. Fratture e infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.
Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'Assicurato). Fratture polifocali o comminute, del medesimo segmento osseo, non determineranno né una duplicazione, né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.
- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e di arti inferiori, espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.
- Per "Lussazione" s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di una articolazione, per causa violenta fortuita ed esterna. Per i casi di lesioni legamentose, l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito d' intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.
- Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che lo abbia determinato, l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la somma a lui spettante qualora l'evento fosse risultato indennizzabile ma non avesse determinato lo stato di coma post-traumatico.
- Per "Ustioni" s'intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o con fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) documentate fotograficamente comportanti almeno un pernottamento all'Istituto di Cura.

Qualora la lesione subita non dovesse risultare contemplata dalla tabella che segue, per la valutazione del grado di invalidità permanente si farà riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Tabella INAIL) e successive modifiche e integrazioni.

L'indennizzo è liquidato in un'unica soluzione ed in ogni caso non potrà superare il capitale assicurato.

TIPOLOGIA DI LESIONE	PERCENTUALI
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	7,00%
FRATTURA SFENOIDE	5,00%
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	3,00%
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	4,00%
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	7,00%
FRATTURA ETMOIDE	3,00%
FRATTURA OSSO LACRIMALE O IOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	2,00%
FRATTURA OSSA NASALI	2,50%
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	4,00%
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	5,00%
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI AL VELLO CEREBRALE	8,00%
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
DISTORSIONE RACHIDE CERVICALE	1,00%
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	6,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI " V°- V° VI°- VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSOSPINOSE II° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I - VERTEBRA	10,00%
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4,00%
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
TRATTO LOMBALE	
FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	4,00%
COCCIGE	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4,00%

BACINO	
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNIVERTEBRA)	3,00%
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	6,00%
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	4,00%
FRATTURA STERNO	2,00%
FRATTURA DI UNA COSTA (COMPOSTA)	0,50%
FRATTURA DI UNA COSTA (SCOMPOSTA)	1,50%
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	3,00%
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	6,00%
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	10,00%
ARTO SUPERIORE (DX o Sn)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	3,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE(DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	6,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE(DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	6,00%
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	4,00%
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSOCORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZAARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	5,00%
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	5,00%
FRATTURA SEMILUNARE	3,00%
FRATTURA PIRAMIDALE	2,00%
FRATTURA PISIFORME	1,00%
FRATTURA TRAPEZIO	2,00%

FRATTURA TRAPEZOIDE	2,00%
FRATTURA CAPITATO	2,00%
FRATTURA UNCINATO	2,00%
FRATTURA I° METACARPALE	6,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	3,00%
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	4,00%
FRATTURA SCAFOIDE	5,00%
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	4,00%
INDICE	3,00%
MEDIO	3,00%
ANULARE	2,00%
MIGNOLO	3,00%
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	3,00%
INDICE	2,50%
MEDIO	2,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	2,00%
MEDIO	1,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%
ARTO INFERIORE(DX o Sx)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	6,00%
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	10,00%
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	10,00%
FRATTURA ROTULA	4,00%
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	3,00%
ESTREMITÀ SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	5,00%
ESTREMITÀ INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	5,00%

FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	2,00 %
ESTREMITA' SUPERIORE(capitello o faccetta articolare tibiale)	3,00 %
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	4,00 %
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	5,00 %
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	6,00 %
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	6,00 %
FRATTURA CALCAGNO	7,00 %
FRATTURA SCAFOIDE	3,00 %
FRATTURA CUSOIDE	4,00 %
FRATTURA CUNEIFORME	1,00 %
METATARSI	
FRATTURA I° METATARSALE	4,00 %
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	2,00 %
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	2,50 %
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00 %
LESIONI DENTARIE	
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	0,70 %
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	0,20 %
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	0,50 %
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	1,00 %
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	0,50 %
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	0,75 %
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	1,50 %
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	1,00 %
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	0,25 %
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	0,50 %

LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	8,00%
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	10,00%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15,00%
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	10,00%
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	40,00%
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	20,00%
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	40,00%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITÀ DEL RETTO -non cumulabile-	15,00%
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	40,00%
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	60,00%
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	5,00%
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	4,00%
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	6,00%
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	10,00%
PORTATORE A SINTOMATICO A NTICORPO POSMVO (HIV +)	4,00%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	50,00%
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3,00%
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
LOBECTOMIA POLMONARE	15,00%
PNEUMONECTOMIA	30,00%
PROTESI SU AORTA TORACICA	20,00%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	35,00%
CECITÀ MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	25,00%
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTÀ VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	100,00%
SORDITÀ COMPLETA UNILATERALE	12,00%
SORDITÀ COMPLETA BILATERALE	50,00%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	30,00%
CORDECTOMIA	15,00%
EMILARINGECTOMIA	25,00%
LARINGECTOMIA	50,00%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	70,00%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	8,00%
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	0,20%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15,00%
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente)	8,00%

ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	4,00%
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	20,00%
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	25,00%
PATELLECTOMIA TOTALE	10,00%
PATELLECTOMIA PARZIALE	4,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5,00%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	25,00%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	30,00%
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	20,00%
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	30,00%
OVARECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	5,00%
USTIONI ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (documentate fotograficamente)	30,00%
PTOSI PALPEBRALE	5,00%
EVIRAZIONE COMPLETA	45,00%
PERDITA DEL PENE	35,00%
IMPOSSIBILITÀ ALL'EREZIONE	25,00%
CASTRAZIONE	25,00%
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	9,00%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	3,00%
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	6,00%
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	4,00%
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	5,00%
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	3,00%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	5,00%
LUSSAZIONE MFO IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	2,50%
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	10,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	1,00%
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5,00%
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)-non cumulabili tra loro-	8,00%

LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	2,50%
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	2,50%
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO- ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	6,00%
LUSSAZIONE ULNOCARPICA	3,00%
LUSSAZIONE ROTULA	3,00%
LUSSAZIONE TIBIOCARSICA	3,00%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	5,00%
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	80,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	70,00%
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	65,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	52,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	58,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	56,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	50,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	44,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	45,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	42,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	47,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	38,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	43,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	40,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	32,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	37,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	30,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	28,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	40,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	33,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	24,00%
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	22,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	27,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	18,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	23,00%
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	20,00%

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	14,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	10,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	7,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	12,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	13,00 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE	5,00 %
DELL'INDICE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	3,50 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	2,50 %
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	4,50 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	10,00 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	8,00 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	6,00 %
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	9,00 %
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	70,00 %
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra dei ginocchio)	65,00 %
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto dei ginocchio)	65,00 %
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	50,00 %
PERDITA DI UN PIEDE	45,00 %
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	27,00 %
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	100,00 %
PERDITA DELL'ALLUCE	6,00 %
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	3,00 %
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00 %
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	
ARTO SUPERIORE	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	60,00 %
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE	45,00 %
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE	45,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	18,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	35,00 %
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	25,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	40,00 %

PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	25,00 %
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	20,00 %
ARTO INFERIORE	
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE	35,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	30,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	45,00 %
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	38,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	20,00 %
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	22,00 %
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE CON CRISI SPORADICHE	15,00 %
EPILESSIA POST TRAUMATICA CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE CON CRISI SETTIMANALE	30,00 %
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	40,00 %
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	40,00 %
MONOPARESI DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	35,00 %
USTIONI	
CAPO	
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	3,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	10,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	14,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25 % DELLA SUPERFICIE DEL VISO	18,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	5,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30 % DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	10,00 %
ARTI SUPERIORI E INFERIORI	
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	10,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31 - 50 % DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	15,00 %
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50 % DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	20,00 %

Tutti gli indennizzi verranno corrisposti previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

Art. 1.8 Bis – CONTROVERSIE

Ferma la competenza giurisdizionale del Giudice Ordinario, prevista ai sensi di legge, le divergenze tra Assicurato da un lato e Impresa dall'altro, riguardanti il grado di invalidità permanente nonché l'applicazione dei criteri di indennizzabilità possono essere, di comune accordo tra le parti (Assicurato e Impresa), demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte dall'Assicurato e dall'Impresa ed il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio 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 (Assicurato e Impresa) sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 1.9 – CASO MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio stesso, l'Impresa liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi legittimi o testamentari.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per infortunio, entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Impresa corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Art. 1.10 – MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato non venga ritrovato e si presuma il suo decesso, l'Impresa liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 Cod. Civ.

Resta inteso che, nel caso in cui l'Assicurato risulti in vita successivamente al pagamento dell'indennizzo, l'Impresa avrà diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti relativi alla Invalidità permanente da infortunio eventualmente subita in occasione dell'evento che ha generato il sinistro.

Art. 1.11 – ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO

La garanzia prestata con il presente contratto è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico oppure adibito ad attività turistica, in servizio di trasporto a domanda (Aerotaxi), effettuati da soggetti autorizzati dalle Autorità civili e militari.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri gestiti o organizzati da Aeroclubs, nonché gli infortuni e le lesioni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del velivolo od elicottero e termina nel momento in cui ne è disceso. Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi assicurati per il Rischio volo in abbinamento a polizze infortuni, non potrà superare le seguenti somme assicurate:

PER PERSONA:	CASO MORTE	CASO	PERMANENTE	euro	1.032.914,00=
	INVALIDITÀ			euro	1.032.914,00=
PER AEROMOBILE:	CASO MORTE	CASO	PERMANENTE	euro	10.000.000,00=
	INVALIDITÀ			euro	10.000.000,00=

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro sono ridotti proporzionalmente ai singoli contratti.

Art. 1.12 – RISCHIO GUERRA

A parziale deroga alle esclusioni, la garanzia relativa alla Invalidità permanente da Infortunio è operante qualora l'evento assicurato (i.e. l'infortunio) si verifichi nei primi 15 giorni dall'avvio degli atti di guerra dichiarata o non dichiarata, dall'inizio delle operazioni militari, delle insurrezioni e dei tumulti popolari.

Tale estensione di garanzia è operante nel mondo intero esclusa la Repubblica Italiana, lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

In ogni caso restano esclusi gli infortuni derivanti da guerra dichiarata o non dichiarata, tra due qualsiasi dei seguenti paesi: Francia, Gran Bretagna, Cina, Federazione Russa.

Dalla garanzia sono escluse le conseguenze di scoppi di ordigni nucleari, con la conseguente cessazione automatica di tale estensione di garanzia, nonché le conseguenze di contaminazioni biologiche e chimiche.

Il Contraente dichiara espressamente di accettare la facoltà dell'Impresa di dichiarare in qualsiasi momento decaduta e priva di effetti l'estensione della garanzia al rischio guerra. Detto annullamento potrà essere formalizzato dall'Impresa attraverso l'invio al Contraente di una comunicazione a mezzo PEC o raccomandata AR che diverrà operante dalle ore 24.00 del settimo giorno dal momento in cui la comunicazione è stata inoltrata.

Art. 1.13 – ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO

Si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo pari al 2% (due per cento) della somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio;

- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo pari al 5% (cinque per cento) della somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo pari al 2% (due per cento) della somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio;

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui alle presenti clausole contrattuali.

Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza, salvo il caso in cui l'Assicurato abbia un'età superiore a 80 anni (vedi art. 1.3).

Art. 1.14 – DANNI ESTETICI

Si conviene che, in caso di infortunio non escluso dalle condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità Permanente da Infortunio, l'Impresa rimborserà fino ad un massimo di € 5.000,00 (cinquemila/00), le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 1.15 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

L'Impresa garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale previsto nell'Opzione di copertura prescelta, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, dell'assistenza infermieristica, delle rette di degenza in Istituti di cura pubblici e privati, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, trasporto in ambulanza in ospedale o casa di cura nonché delle spese farmaceutiche rese necessarie per l'eliminazione delle conseguenze dell'infortunio.

I ticket del S.S.N., relativi a prestazioni indennizzabili a termini di polizza, potranno essere rimborsati per l'intero importo.

Massimali variabili in funzione dell'Opzione assicurativa prescelta, ricordando che l'Offerta Light prevede anche una franchigia sempre operante pari a euro 100,00.

Art. 1.16 – DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO

Offerta Light

L'Impresa corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'indennità giornaliera indicata nell'Opzione di copertura prescelta, fino al limite ivi stabilito e fino al massimo di 30 giorni per anno assicurativo, per ciascun giorno di degenza, effettuato presso un Istituto di Cura in Italia o all'Estero.

Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno e risulta operante una franchigia di tre giorni.

Massimali variabili in funzione dell'Opzione assicurativa prescelta.

Offerta Base, Media e Top

L'Impresa corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'indennità giornaliera indicata nell'Opzione di copertura prescelta, fino al limite ivi stabilito e fino al massimo di 250 giorni per anno assicurativo, per ciascun giorno di degenza, effettuato presso un Istituto di Cura in Italia o all'Estero.

Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Massimali variabili in funzione dell'Opzione assicurativa prescelta.

SOTTOCAPITOLO B – MALATTIA

PRESTAZIONI E LIMITI DELLE GARANZIE

Art. 1.17 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La copertura assicurativa vale anche per i casi di Invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e, comunque, non oltre 30 giorni dalla cessazione del servizio in qualità di volontario.

Rimangono esclusi dalla garanzia i casi di invalidità permanente causati da silicosi e/o asbestosi.

Per i criteri da seguire per la valutazione del grado di invalidità permanente da Malattia (IPM) si farà riferimento all'articolo 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 nonché alla "Tabella delle menomazioni" parte integrante del D.M. 12 luglio 2000 e relativi allegati in quanto applicabili.

Nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente da malattia accertata sia di grado pari o inferiore al 25%.

Qualora l'invalidità accertata sia superiore al 25%, l'Impresa liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata (vedi Opzione assicurativa prescelta) in base alla tabella di seguito indicata:

PERCENTUALE DI I.P.M. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P.M. DA LIQUIDARE
25	0
26	2
27	4
28	6
29	8
30	10
31	12
32	14
33	16

34	18
35	20
36	22
37	24
38	26
39	28
40	30
41	32
42	34
43	36
44	38
45	40
46	42
47	44
48	46
49	48
50	50
51	53
52	56
53	59
54	62
55	65
56	68
57	71
58	74
59	77
60	80
61	83
62	86
63	89
64	92
65	95
66 E OLTRE	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che sia trascorso un anno dalla data della denuncia.

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della Invalidità Permanente derivante dalla malattia denunciata, purché questa non risulti causata o concausata da malattia preesistente alla data di effetto dell'assicurazione e, comunque, senza riguardo al maggior grado di invalidità complessiva che sia riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto.

Art. 1.18 – MALATTIE TROPICALI

La garanzia si intende estesa alle malattie tropicali classificate come tali dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia e con un massimo di € 150.000,00 (Centocinquantamila/00) per il caso Morte e di € 180.000,00 (Centottantamila/00) per il caso di Invalidità permanente da malattia. La somma assicurata per Invalidità permanente da malattia è soggetta ad una franchigia relativa del 18%. Pertanto, non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia quando questa sia di grado inferiore al 18% della totale.

Se invece l'Invalidità Permanente supera il 18% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado d'Invalidità Permanente residuo.

La presente estensione di garanzia si intende valida purché l'Assicurato si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi.

Art. 1.19 – DIARIA GIORNALIERA PER RICOVERO DA MALATTIA

Offerta Light

L'Impresa corrisponde, in caso di malattia indennizzabile ai sensi di polizza, l'indennità giornaliera indicata nell'Opzione di copertura prescelta, fino al limite ivi stabilito e fino al massimo di 10 giorni per anno assicurativo, per ciascun giorno di degenza, effettuato presso un Istituto di Cura in Italia.

Al fine del computo dei giorni di degenza, risulterà operante una franchigia di tre giorni e il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Massimali variabili in funzione dell'Opzione assicurativa prescelta.

Offerta Base, Media, Top

L'Impresa corrisponde, in caso di malattia indennizzabile ai sensi di polizza, eroga l'indennità giornaliera indicata nell'Opzione di copertura prescelta, fino al limite ivi stabilito e fino al massimo di 100 giorni per anno assicurativo, per ciascun giorno di degenza, effettuato presso un Istituto di Cura in Italia.

Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno. Massimali variabili in funzione dell'Opzione assicurativa prescelta.

SOTTOCAPITOLO C – RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO ALL'ESTERO

PRESTAZIONI E LIMITI DELLE GARANZIE

Si precisa che le garanzie previste dal presente Sottocapitolo sono operative per l'Assicurato esclusivamente mentre svolge il Servizio al di fuori del territorio nazionale e che le stesse devono intendersi operanti 24 ore su 24 per tutto il periodo in cui l'Assicurato si trova all'estero.

SOGGETTI ASSICURATI – Operatori degli E. T. S. mentre svolgono il servizio all'estero in Paesi appartenenti alla UE o extra UE.

Art. 1.20 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1. L'Impresa, nel limite del massimale annuo assicurato, previsto nell'Opzione di copertura prescelta, salvo quanto previsto dal successivo comma 3 del presente articolo, rimborsa, per ogni sinistro, le spese documentate sostenute dall'Assicurato in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia occorse durante il periodo del servizio svolto all'estero per:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
 - rette di degenza;
 - trasporto in ambulanza;
 - vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, in assenza di diversa sistemazione, di un accompagnatore dell'Assicurato, con un limite di euro 70,00 al giorno e con un massimo di euro 700,00 per anno assicurativo.
2. Parimenti, l'Impresa rimborsa, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, le spese documentate sostenute per esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico.
3. Con riferimento alle spese di cui al primo comma del presente articolo, connesse a ricoveri e/o interventi chirurgici, l'Impresa rimborsa l'Assicurato – con esclusivo riferimento alle sotto indicate patologie – nei limiti:
 - del 20% della somma assicurata nei casi di ricovero per appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, emorroidi e aborto terapeutico;
 - del 10% della somma assicurata nei casi di interventi chirurgici ambulatoriali.
4. Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Art. 1.21 – RIMBORSO SPESE PER RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese documentate sostenute dall'Assicurato per rientro sanitario anticipato dal Paese di destinazione in caso di infortunio che lo colpisca durante il proprio servizio all'estero, tale da rendere necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo, in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 1.22 – DAY HOSPITAL

In caso di degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno, l'Impresa rimborsa le spese elencate all'articolo 1.20, comma 1, esclusi gli esami e gli accertamenti diagnostici, fatto salvo quanto previsto dai successivi commi del predetto articolo.

Art. 1.23 – DECORRENZA DELLA GARANZIA, TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni e le malattie: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per l'aborto terapeutico: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, sempre che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a tale data.

Art. 1.24 – CRITERI DI INDENNIZZO

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. Definito il sinistro, l'Impresa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Qualora il ricovero si protragga oltre 15 giorni, l'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione fino ad un massimo del 50% delle spese effettivamente sostenute e documentate, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di cura che attesti il ricovero, nonché la data del suo inizio e presumibile termine. L'anticipo delle spese può avere luogo qualora l'ammontare delle stesse al momento della richiesta sia non inferiore ad € 1.000,00 (mille/00).

Tale anticipo avverrà a condizione che non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di polizza delle spese di ricovero.

Art. 1.25 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL PRESENTE CAPITOLO

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, dalla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B e di mezzi di soccorso;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti a motore di uso non privato;tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- d) dallo svolgimento di qualsivoglia attività lavorativa in modo difforme alle prescrizioni normative, regolamentari e fiscali tempo per tempo vigenti;
- e) dal volo aereo, salvo quanto previsto all'art. 1.11;
- f) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, trekking oltre i 2000 mt s.l.m e attività subacquee, paracadutismo o sport aerei in genere;
- g) dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, pallacanestro, pallavolo, beach volley, hockey;
- h) da abuso di alcool (assunzione di alcool che determina un livello di alcoolemia pari o superiore a 0,5 g/l) e di psicofarmaci (assunzione di sostanze psicoattive, che hanno un'azione sul sistema nervoso centrale con effetti neurologici e sull'apparato psichico, con modalità o posologie maggiori di quelle previste dalla scheda tecnica che accompagna il farmaco), nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, anfetamine e simili;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche;
- j) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
- k) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;
- l) dall'attività di palombaro, sommozzatore, acrobata e stuntman;
- m) da attività sportive remunerate e partecipazione a manifestazioni sportive non remunerate;
- n) da attività di fabbricazione e/o brillamento di esplosivi, attività con accesso a cave, miniere o pozzi;
- o) da malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- p) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- q) dall'intervento – comunque inteso - delle Forze Armate dello Stato;
- r) da guerra dichiarata o comunque insorta, anche civile e insurrezioni comunque intese;
- s) sono comunque esclusi:
 - la sieropositività da HIV;
 - i trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - le malattie professionali;
 - la NBC, così come definita nel glossario;
 - la pandemia, così come definita nel glossario;

Restano comunque espressamente escluse le rendite, così come definite nel glossario.

Sono altresì escluse dalla copertura:

- le conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi o consulti sanitari, insorti prima della stipulazione del contratto, nonché le malattie croniche o recidivanti;
- le conseguenze dirette di malattie in atto al momento dell'entrata in servizio;
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le prestazioni aventi finalità estetiche;
- qualsiasi protesi dentaria e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- gli infortuni originatisi durante lo svolgimento di qualsiasi attività e/o operazione di soccorso svolta in ambito marittimo, lacustre, montano e, comunque, in luoghi impervi ove i normali soccorsi non possono giungere;
- atti di terrorismo.

Art. 1.26 – CONTROVERSIE (Sottocapitolo 2 e Sottocapitolo 3)

Ferma la competenza giurisdizionale del Giudice Ordinario, prevista ai sensi di legge, le divergenze tra Assicurato da un lato e Impresa dall'altro, riguardanti il grado di invalidità permanente nonché l'applicazione dei criteri di indennizzabilità possono essere, di comune accordo tra le parti (Assicurato e Impresa), demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte dall'Assicurato e dall'Impresa ed il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio 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 (Assicurato e Impresa) sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CAPITOLO 2 – RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 2.1 – SOGGETTI ASSICURATI

Ai sensi del presente contratto s'intendono assicurati i singoli volontari, dell'Ente del Terzo Settore contraente, iscritti nell'apposito registro di cui all'art. 17 comma 1 del Decreto legislativo 03 luglio 2017 n. 117 (Codice del Terzo Settore) e i singoli volontari iscritti nel "Registro dei volontari occasionali".

Al fine di beneficiare della presente copertura, gli associati dell'Ente del Terzo Settore contraente, ossia coloro che non rivestono la qualifica di volontario ma che aderiscono all'E.T.S. come semplici iscritti, devono essere registrati nel "Libro degli associati o aderenti" ai sensi dell'art. 15, comma I, lettera a) del Decreto Legislativo n. 117/2017.

Per quanto riguarda la garanzia offerta dal presente Capitolo, s'intendono assicurati anche i Dipendenti, i Lavoratori parasubordinati e quelli in regime di somministrazione lavoro presso l'Ente del Terzo Settore contraente. Parimenti, s'intende assicurato ai sensi del presente Capitolo anche lo stesso Ente del Terzo Settore.

Art. 2.2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa si obbliga – fino alla concorrenza del massimale risultante dalla Opzione assicurativa prescelta – a tenere indenne i soggetti assicurati di quanto questi sia tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi durante lo svolgimento delle mansioni afferenti in via diretta ed esclusiva all'attività dell'Ente contraente.

Si specifica che i soggetti assicurati, ai fine dell'operatività della presente garanzia, sono considerati Terzi tra di loro per i sinistri che si verificano durante lo svolgimento delle predette mansioni.

Art. 2.3 – RISCHI COMPRESI

L'assicurazione vale altresì per la responsabilità che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale altresì per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12.06.1984 n. 222 e s.m.

Art. 2.4 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL PRESENTE CAPITOLO

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività diversa da quella prestata in favore dell'Ente del Terzo Settore;
- b) derivanti da furto;
- c) a cose dovuti a cedimento o franamento del terreno, se tali danni derivano da lavori implicanti sotto murature o altre tecniche sostitutive;
- d) provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute a qualunque titolo e/o ragione e/o causa;
- e) provocati a opere o cose sulle quali o mediante le quali si diano avvio e/o prosecuzione a lavori di qualsiasi natura;
- f) provocati a opere o beni di qualsiasi natura avente valore artistico, storico, religioso e, comunque, apprezzabile sotto qualsiasi aspetto;
- g) derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi aerei e di locomozione a motore;
- h) conseguenti ad inadempimenti di obblighi contrattuali e fiscali;
- i) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- j) derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione;
- k) conseguenti a guerra, scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, atti di terrorismo e di sabotaggio;
- l) derivanti dalla generazione di campi elettromagnetici (EMF) e delle radio frequenze (di antenne e telefoni cellulari);
- m) derivanti da malattie che potrebbero manifestarsi in relazione alla Encefalopatia spongiforme – BSE;
- n) derivanti direttamente o indirettamente da attività di Information & Communication Technology; al verificarsi di tale fattispecie s'intende comunque inclusa l'attività svolta via internet, nonché l'attività conseguente alla fornitura di servizi e/o consulenza informatica.
- o) da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- p) a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- q) derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali;
- r) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;
- s) derivanti da responsabilità, di qualsiasi natura e comunque occasionata, direttamente o indirettamente derivante, seppure in parte, dall'asbesto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura asbesto;
- t) derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività professionale o, in ogni caso, retribuita con una qualsiasi forma di utilità;
- u) derivanti dall'esercizio di qualsivoglia attività di carattere medico e/o infermieristico e/o sanitario.

Art. 2.5 – PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

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

Art. 2.6 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa, entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 2.7 – RINUNCIA ALLA RIVALSIA/SURROGA

L'Impresa rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione nei confronti dei Dipendenti del Contraente, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo dei soggetti sopra indicati.

Art. 2.8 – GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI

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

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

Art. 2.9 - ESTENSIONI DI GARANZIA

(a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 2.4)

La copertura assicurativa offerta nel presente Capitolo s'intende estesa ai danni alle cose in consegna agli assicurati. La presente garanzia viene prestata con una franchigia fissa di euro 100,00 (cento/00) per ogni sinistro e fino alla concorrenza del massimale di euro 10.000,00 (diecimila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel corso dello stesso periodo assicurativo annuo.

Art. 2.10 – VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione per i fatti accaduti e/o processualmente trattabili nel territorio degli U.S.A., del Canada e del Messico.

CAPITOLO 3 – ASSISTENZA

Art. 3.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOGGETTI ASSICURATI

L'Impresa assicura le prestazioni di assistenza, come di seguito indicato, a favore degli assicurati.

Per soggetti assicurati ci si riferisce esclusivamente agli operatori in servizio all'estero.

L'Assicurazione non è operante in tutti i casi in cui l'intervento non sia stato autorizzato dalla Centrale Operativa (o struttura equivalente della Compagnia assicuratrice).

Art. 3.2 – LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali previsti per le prestazioni di assistenza qui di seguito riportate, si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione di assistenza, sempre che contemplata e preventivamente autorizzata dall'Impresa, saranno rimborsate, se dovute, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali).

Art. 3.3 – RESPONSABILITÀ

L'Impresa non potrà in alcun caso essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle prestazioni di assistenza derivate dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza stessa e conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile

Art. 3.4 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Le prestazioni di assistenza sono fornite fino a tre volte per ciascun tipo di prestazione e per ogni singolo Assicurato, entro il periodo di durata della presente polizza.

Art. 3.5 - OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di assistenza possono essere richieste da tutti gli Assicurati.

Art. 3.6 - INFORMAZIONI SANITARIE

L'Assicurato potrà richiedere alla Centrale operativa (o struttura equivalente):

- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, Paesi UE ed extra UE.

La prestazione sarà operante H24 per 365 giorni con servizio erogato da centrale operativa ubicata in Italia. Il servizio è operativo sia per i paesi esteri che per l'Italia.

Art. 3.7 - RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI SANITARI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

In caso di infortunio o malattia all'Estero suscettibili di dover dar luogo ad interventi di carattere sanitario, l'Assicurato potrà richiedere alla Centrale operativa informazioni su Centri sanitari di alta specializzazione nel Paese estero ove l'Assicurato presta servizio.

La Centrale medesima potrà, inoltre, attivarsi per la prenotazione di eventuali visite specialistiche, collaborando per l'individuazione di medici specialistici o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione, ovviando ad eventuali problemi di comunicazione. Detta Centrale potrà, a sua volta, richiedere all'Assicurato la documentazione medica in suo possesso per poter fornire le informazioni richieste oppure, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con i suddetti centri.

L'Impresa mette infine a disposizione una "APP" scaricabile dall'Assicurato per accedere a video-consulti con medici specialisti con accesso H24 per 365 giorni all'anno. Tale ultima prestazione è erogata da centrale operativa ubicata in Italia. Il servizio è operativo sia per i paesi esteri che per l'Italia.

Art. 3.8 – OPERATIVITÀ DEL SERVIZIO ASSISTENZA

Il Servizio dovrà essere attivo, 24 ore su 24, per 365 giorni all'anno, anche per quanto attiene la erogazione delle Informazioni sanitarie e del Servizio "Ricerca e prenotazione" di Centri sanitari di alta specializzazione.

Art. 3.9 – TRASFERIMENTO SANITARIO

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un Istituto di Cura sito all'estero a seguito di infortunio o malattia, nei sessanta giorni che seguono la data dell'evento, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici eventualmente designati dall'Impresa, per una patologia non oggettivamente curabile nell'ambito delle strutture sanitarie del Paese in cui è avvenuto l'infortunio o è insorta la malattia, la Centrale operativa provvederà ad organizzare e ad effettuare il trasferimento dell'Assicurato tenendone a carico i costi, con i mezzi ritenuti adeguati dalla stessa Impresa, fino all'Istituto di cura italiano o europeo ritenuto più idoneo al caso e con l'accompagnamento medico o infermieristico, se necessario.

Il trasferimento sarà effettuato, a giudizio medico, con i seguenti mezzi: l'ambulanza; il treno (anche in vagone letto); l'aereo di linea (anche barellato).

Art. 3.10 – CONSULTI TRA SPECIALISTI

Qualora le condizioni dell'Assicurato, a seguito infortunio o malattia all'Estero, dopo esame del proprio specialista, richiedano un consulto, l'Impresa, organizza il contatto tra lo specialista dell'Assicurato e uno o più specialisti per la specifica patologia tenendo a proprio carico le spese per le parcelle (ad esclusione di quelle relative allo specialista contattato dall'Assicurato) fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento/00) per evento.

Art. 3.11 – CONCORSO SPESE MEDICHE FARMACEUTICHE OSPEDALIERE

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, l'Impresa, ove non rimborsabili dal servizio sanitario nazionale, rimborsa all'Assicurato le spese farmaceutiche di primo soccorso sostenute dallo stesso nelle strutture ospedaliere pubbliche e/o private del Paese estero in cui si trova per motivi di servizio, fino ad un massimo di € 500,00 (cinquecento/00).

Ogni eccedenza rispetto a tale limite massimo, resta a carico dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Art. 3.12 – INVIO DI UNA EQUIPE MEDICA

In conseguenza di infortunio o di malattia all'Estero, qualora le condizioni dell'Assicurato, previe informazioni assunte dalla Centrale operativa, siano tali da richiedere un intervento, l'Impresa provvederà all'invio di una équipe medica (fornita della attrezzatura sanitaria adatta) allo scopo di:

- fornire consulti specialistici sul posto ai medici curanti locali;
- collaborare con questi per somministrare le cure più appropriate e organizzare se necessario il rientro sanitario del paziente.

Il tempo massimo di utilizzo dell'équipe, con costi a carico dell'Impresa, è di 4 giorni.

Art. 3.13 - ORGANIZZAZIONE DEL RIENTRO SANITARIO DALL'ESTERO

Fermo quanto stabilito nella seconda sezione del presente atto (art. 1.21), in caso di infortunio o di malattia all'estero dell'Assicurato, l'Impresa, previo assenso dell'Assicurato o dei suoi congiunti, potrà organizzare il suo rientro, tenendone a carico i costi, con eventuale accompagnamento medico o infermieristico, utilizzando, secondo la gravità delle condizioni cliniche e sentito il parere dei medici curanti locali: l'aereo di linea regolare (anche con sistemazione in barella); il treno (anche in vagone letto); l'ambulanza.

In ogni caso la decisione sulle modalità e sui tempi da osservare per l'organizzazione e l'effettuazione del rimpatrio dell'Assicurato è di esclusiva pertinenza dei medici dell'Impresa che provvederanno sempre ad informare il medico curante ed i familiari dell'Assicurato stesso.

Nel caso infine che, a giudizio del Servizio medico dell'Impresa, le condizioni dell'Assicurato siano tali da rendere superflua una sorveglianza medica o infermieristica nel corso del rientro, ma giustifichino comunque la necessità di un accompagnatore, l'Impresa provvederà a far viaggiare sugli stessi mezzi di trasporto un familiare, purché già presente sul posto.

La presente garanzia è prestata con un massimale di € 25.000,00 (venticinquemila/00).

Art. 3.14 - CONCORSO SPESE DI RICERCA E SALVATAGGIO

L'Impresa s'impegna a rimborsare le eventuali spese sostenute per le operazioni di ricerca e/o salvataggio, fino alla somma di € 15.000,00 (quindicimila/00) per ogni Assicurato, qualora lo stesso sia segnalato quale disperso nel Paese estero ove presta servizio.

Art. 3.15 - RECAPITO MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o di una malattia improvvisa all'Estero, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, l'Impresa provvederà all'inoltro di tali messaggi.

Art. 3.16 – TRASPORTO/RIMPATRIO SALMA

L'Impresa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto a seguito di infortunio o malattia all'

Estero, sino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficienti per il trasporto e al trasporto stesso.

Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre. Il massimale complessivo a carico dell'Impresa, per il trasporto della salma, è di € 15.000,00 (quindicimila/00).

Art. 3.17 – FAMILIARE AL SEGUITO

L'Impresa metterà a disposizione di un familiare dell'Assicurato, purché residente in Italia, un biglietto di andata e ritorno per consentire al familiare medesimo di far visita all'Assicurato che si trovi ricoverato in ospedale all'Esterio, a seguito di infortunio o malattia, con una prognosi di degenza superiore a giorni cinque. Garanzia prestata con un massimale di € 15.000,00 (quindicimila/00).

Art. 3.18 – BAGAGLIO

Qualora l'Assicurato subisse danni materiali e diretti a causa di furto, furto con scasso, rapina, scippo, perdita, smarrimento, avaria del proprio bagaglio e/o dei propri effetti personali, l'Impresa provvederà al risarcimento in base al valore degli stessi entro il massimale di euro 520,00 (cinquecentoventi/00), con una franchigia di euro 50,00 (cinquanta/00). La garanzia è valida per viaggi effettuati in aereo, treno, bus o nave, dalla stazione di partenza di uno Stato estero a quella d'arrivo in Italia, e viceversa, alla conclusione del viaggio.

Art. 3.19 - ESCLUSIONI GENERALI VALIDE PER IL PRESENTE CAPITOLO

L'Assicurazione non è operante nei casi di:

- a) eventi derivanti dalla pratica di sport aerei e motonautici;
- b) eventi derivanti da atti dolosi e di pura temerarietà dell'Assicurato;
- c) eventi derivanti da situazioni patologiche note all'Assicurato alla data di inizio della copertura e/o loro conseguenze, ricadute o recidive;
- d) cure dovute per malattie mentali, disturbi psichici in genere e nervosi;
- e) aborto volontario;
- f) eventi conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni assunti volontariamente;
- g) eventi derivanti da abuso di alcool, psicofarmaci ad uso non terapeutico, stupefacenti e allucinogeni;
- h) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, atti vandalici, terremoti, influenze atmosferiche e fenomeni naturali aventi caratteristiche di calamità;
- i) conseguenze dirette e indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall' accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- j) cure o eliminazione di difetti fisici o di malformazioni congenite, applicazioni di apparecchi protesici, cure infermieristiche, termali e dimagranti;
- k) prestazioni aventi finalità di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio avvenuto a seguito di incidente stradale verificatosi nel corso della garanzia;
- l) le cure dentarie e paradontoiatriche non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto e, in ogni caso, le protesi dentarie;
- m) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo per gli apparecchi applicati durante l'intervento;
- n) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- o) il suicidio o il tentato suicidio.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

CAPITOLO 1 – INFORTUNI E MALATTIA

Art. 4.1 - MODALITÀ PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

L'assicurato deve dare denuncia del sinistro all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla garanzia, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire all'Impresa tutti gli atti ed i documenti occorrenti, una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, nonché tutti gli altri elementi necessari. In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere all'Impresa, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro al seguente indirizzo:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

La denuncia del sinistro deve essere presentata entro 30 (trenta) giorni lavorativi dal momento dell'infortunio, e comunque non oltre il quindicesimo giorno dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità.

L'Assicurato dovrà inviare, al momento della denuncia, specifica attestazione dello E. T. S. che accerti che si trovava in servizio al momento dell'infortunio; il mancato invio di tale attestazione preclude il diritto all'indennizzo il quale può avvenire soltanto nel caso in cui si verifichi un infortunio in servizio, escluso il caso di servizio all'Esteri.

La denuncia deve inoltre essere corredata da originale di certificato medico circostanziato di diagnosi, prognosi, terapia ed accertamenti prescritti; ovvero, in caso di ricovero, da copia della cartella clinica, o, in caso di sinistro all'estero, da documentazione equiparabile. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e sottoporsi agli eventuali accertamenti, indagini e controlli da parte di medici incaricati dall'Impresa, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

Ricevuta tutta la necessaria documentazione, l'Impresa, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

CAPITOLO 2 – RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Art. 4.2 - MODALITÀ PER LA DENUNCIA DEL SINISTRO

L'assicurato deve dare denuncia del sinistro all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla garanzia, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire all'Impresa tutti gli atti ed i documenti occorrenti, una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, nonché tutti gli altri elementi necessari. In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere all'Impresa, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro al seguente indirizzo:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

CAPITOLO 3 – ASSISTENZA

Art. 4.3 – MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Contattando la Centrale Operativa dell'Impresa, l'Assicurato dovrà fornire i seguenti dati:

- nome e cognome, precisando la propria qualifica di volontario operante all'Esteri;
- recapito telefonico attuale;
- tipo di assistenza richiesta.

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste all'Impresa nel momento in cui accade l'evento che le rende necessarie e comunque non oltre 7 (sette) giorni naturali e continuativi.

Resta inoltre inteso che l'Assicurato dovrà:

- conservare le ricevute, le fatture, i certificati medici relativi ad eventuali esborsi effettuati e preventivamente autorizzati dall'Impresa;
- in caso di infortunio o di malattia, autorizzare per iscritto il medico a fornire notizie sul proprio stato di salute, nel rispetto della normativa sulla privacy.

Le relative garanzie saranno prestate tramite la Centrale Operativa dell'Impresa di cui si trascrivono qui di seguito i recapiti a disposizione del Contraente e dell'Assicurato:

1. Numero telefonico: +39.039.9890722, sia per le chiamate dal territorio nazionale che per le chiamate dall'Esteri;
2. Mail: centraleoperativa@nobis.it;
3. P.E.C.: nobisassicurazioni@pec.it.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Colleoni –
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

Per eventuali reclami scrivere a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB – reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)

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

Gestione dei rapporti assicurativi via web

Il Contraente può effettuare la registrazione per accedere ai rapporti assicurativi via web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "Area riservata" e scaricando negli store l'App Nobis CON TE. L'accesso all'area riservata dà diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- i) Le coperture assicurative in essere;
- ii) Le condizioni contrattuali sottoscritte;
- iii) Lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze.

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero 039-9890714.

SEZIONE V – CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI (OPZIONI ASSICURATIVE)

OFFERTA LIGHT

Infortuni e malattia

Morte 50.000,00 euro

Invalidità Permanente da infortunio 50.000,00 euro franchigia 5%

Diaria da ricovero da infortunio 10,00 euro al giorno franchigia 3 giorni massimo 30 giorni

Diaria da ricovero da malattia 10,00 euro al giorno franchigia 3 giorni massimo 10 giorni

Rimborso spese mediche da infortunio 500,00 euro franchigia 100 euro

Responsabilità civile

RCT 500.000,00 euro

Premio per persona assicurata euro 9,90 lordi

OFFERTA BASE

Infortuni e malattia

Morte 150.000,00 euro

Invalidità Permanente da infortunio 200.000,00 euro

Diaria da ricovero da infortunio 50,00 euro al giorno

Diaria da ricovero da malattia 50,00 euro al giorno

Rimborso spese mediche da infortunio 3.000,00 euro

Responsabilità civile

RCT 3.000.000,00

Premio per persona assicurata euro 15,90 lordi

OFFERTA MEDIA

Infortuni e malattia

Morte 200.000,00 euro

Invalidità Permanente da infortunio 300.000,00 euro

Diaria da ricovero da infortunio 80,00 euro al giorno

Diaria da ricovero da malattia 80,00 euro al giorno

Rimborso spese mediche da infortunio 10.000,00 euro

Responsabilità civile

RCT 5.000.000,00

Premio per persona assicurata euro 25,90 lordi

OFFERTA TOP

Infortuni e malattia

Morte 200.000,00 euro

Invalidità Permanente da Infortunio 300.000,00 euro

Invalidità Permanente da Malattia 100.000,00 euro

Diaria da ricovero da infortunio 80,00 euro al giorno

Diaria da ricovero da malattia 80,00 euro al giorno

Rimborso spese mediche da infortunio 10.000,00 euro

Rimborso spese mediche da malattia Estero 100.000,00 euro

Responsabilità civile

RCT 5.000.000,00

Assistenza

Garanzia assistenza

Premio per persona assicurata euro 45,00 lordi.

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

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

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

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

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

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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

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

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è 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 – Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che, dolosamente, non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere a tale obbligo l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 – Criteri di redazione

Il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al Contraente va redatto in modo chiaro ed esauriente.

Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 01 febbraio 2026