



IN SALUTE OK

MODELLO 80 IN SALUTE OK - 2026.001 - EDIZIONE: FEBBRAIO 2026

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INDIVIDUALE PER MALATTIA E INFORTUNI

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



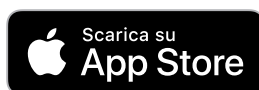
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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



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 Infortuni alla Persona

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

Prodotto: In salute OK

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

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Il contratto tutela l'Assicurato in caso di malattia o di infortunio.



CHE COSA È ASSICURATO?

CAPITOLO RIMBORSO

✓ **RIMBORSO SPESE DI CURA** (Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

Alle condizioni che seguono, l'Impresa rimborsa all'Assicurato in caso di:

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

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

- a) gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura pubblico o privato nei 100 giorni precedenti il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero, il parto o l'aborto terapeutico comportante il ricovero, purché relativi al sinistro denunciato;
- b) l'onorario del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- c) l'assistenza medica, infermieristica, le cure ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi, gli esami ed i medicinali, durante il ricovero;
- d) le rette di degenza;
- e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio per il ricovero o per l'intervento e, dopo la dimissione, per il trasporto al suo domicilio. La garanzia è prestata con un massimale pari a euro 2.000,00 per sinistro e per anno da intendersi complessivo con la prestazione di cui alla lettera f);
- f) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le cure termali, purché inerenti e conseguenti al ricovero o all'intervento chirurgico, sostenute nei 100 giorni successivi a quello della dimissione dall'istituto di cura (pubblico o privato) o da quello dell'intervento chirurgico senza ricovero. La garanzia è prestata con un massimale pari a euro 2.000,00 per sinistro e per anno da intendersi complessivo con la prestazione di cui alla lettera e);
- g) il trapianto di organi o di parte di essi conseguenti a malattia od infortunio, per le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza;
- h) le prestazioni sanitarie avvenute entro i 30 giorni successivi al parto, indennizzabile a termini di polizza, e rese necessarie da cure per il neonato durante il ricovero, con il massimale di euro 1.000,00 per anno e per sinistro, e senza applicazione di alcuna franchigia (anche in deroga al disposto del successivo art. 13 delle Condizioni di Assicurazione). In caso di parto plurimo il massimale di euro 1.000,00 varrà per ogni neonato;
- i) vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura o, in caso di comprovata non disponibilità dell'istituto stesso, in una struttura alberghiera. La garanzia è prestata per un periodo massimo di 90 giorni con il limite giornaliero di euro 60,00.

Nei casi di parto con o senza taglio cesareo, di aborto terapeutico, di interventi sulle tonsille, per vegetazioni adenoidi, emorroidi, varici, colecistectomie per i calcoli, meniscopatie e di ricostruzione dei legamenti

articolari del ginocchio, appendiciti ed ernie non discali, il rimborso non potrà superare per ogni singolo evento l'importo di euro 3.000,00.

✓ **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE** (Garanzia sempre operante con la selezione della prestazione "Rimborso spese di Cura" a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio)

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

✓ **DIARIA DA RICOVERO** (Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

L'Impresa corrisponde all'Assicurato, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, l'indennità giornaliera assicurata risultante in polizza, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 300 giorni per evento e per periodo assicurativo, con il limite di 5 giorni per il parto non cesareo o l'aborto terapeutico.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche per il caso di degenza, diurna continuativa (Day Hospital) purché non inferiore a 3 giorni consecutivi (non tenendo conto delle festività).

L'indennità giornaliera verrà corrisposta nella misura pari alla metà della somma giornaliera assicurata.

✓ **DIARIA DA CONVALESCENZA O DA GESSATURA** (Garanzia facoltativa, a condizione che sia acquistata la Garanzia "Diaria da ricovero", che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

In caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, indennizzabile a termini di polizza, ma non conseguente ad infortunio comportante "gessatura", l'Impresa corrisponde l'indennità giornaliera di convalescenza garantita a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dell'Assicurato dall'istituto di cura, per una durata pari a quella del ricovero con un massimo di 60 giorni.

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

MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE PER LA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA

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

CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA** (Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

La garanzia è operante, in base al massimale prescelto e risultante in polizza, per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione secondo quanto previsto dal successivo Art. 24 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa per il Capitolo Invalidità permanente da malattia" delle Condizioni di Assicurazione e manifestatasi non oltre 365 giorni cioè in anno dalla cessazione dell'assicurazione.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Non sono assicurabili i soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza o che soffrono di infermità mentali quali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS).
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti che al momento della stipulazione della polizza abbiano un'età pari o superiore ai 65 anni di età.
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti non residenti in Italia, Repubblica di San Marino o Stato della Città del Vaticano.
- ✗ Non sono assicurabili i soggetti che non siano persone fisiche.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ESCLUSIONI GENERALI RELATIVE AL CAPITOLO RIMBORSO

! L'assicurazione non è operante per:

- A. le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
- B. l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- C. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- D. i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- E. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- F. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- G. l'aborto non terapeutico;
- H. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi chirurgici demolitivi);
- I. le protesi dentarie, le parodontopatie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- L. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'Art. 13 lettera b) delle Condizioni di Assicurazione;
- M. gli infortuni subiti in occasione della pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- N. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- O. i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Per lunga degenza si intendono i ricoveri per i casi in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali che una guarigione non può più essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- P. i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come Istituti di cura;
- Q. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;

- R. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
 - S. i ricoveri determinati da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - T. le prestazioni per la diagnosi della sterilità e dell'impotenza.
- Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui alle lettere A) e B) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA PRESTAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA

! Sono escluse in ogni caso le spese alberghiere.

ESCLUSIONI SPECIFICHE VALIDE PER LA PRESTAZIONE DIARIA DA CONVALESCENZA O GESSATURA

! Sono esclusi da questa garanzia il parto con o senza taglio cesareo, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio.

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

LIMITE DI INDENNIZZO PER IL CAPITOLO RIMBORSO

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

ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

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



DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.



CHE OBBLIGHI HO?

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

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

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per uno o più rischi coperti con la presente polizza, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento del premio, che è determinato per periodi di assicurazione annuale. Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale (con aumento di premio del 3%). I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa.

Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c. Il premio è già comprensivo di imposte.

Nel caso in cui il Contraente selezioni una durata poliennale verrà riconosciuta una riduzione di premio rispetto alla stessa copertura con durata annuale nella misura di seguito indicata: sconto del 2% se il contratto ha durata di 2 anni; sconto del 3% se il contratto ha durata di 3 anni; sconto del 4% se il contratto ha durata di 4 anni; sconto del 5% se il contratto ha durata di 5 anni o superiore.

A fronte della suddetta riduzione di premio, il Contraente non potrà esercitare la facoltà di recesso del contratto per i primi cinque anni, come previsto dall'Art. 1899 C.C.

Ai sensi della vigente normativa, l'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

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 il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti.

Il contratto di assicurazione prevede una durata annuale o poliennale (massimo 5 anni) risultante dalla Scheda di polizza e termina automaticamente alla sua naturale scadenza senza tacito rinnovo e senza necessità di disdetta.

Per il Capitolo Rimborso, la garanzia ha effetto dalle ore 24: del giorno di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative agli infortuni; del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative alle malattie; Del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto.

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

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale, senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano: dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste; dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste. La norma di cui sopra opera anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Per il Capitolo Invalidità permanente da malattia, la garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto il contratto di assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa, alla scadenza annuale senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano: dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste; dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

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



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato potrà recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'Impresa, tramite raccomandata A/R o p.e.c.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte dell'Impresa ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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

L'Impresa, a seguito della comunicazione da parte dell'Assicurato/Contraente circa l'eventuale esistenza di altre assicurazioni in corso per lo stesso rischio, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni; in tal caso rimborsa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo del premio - al netto dell'imposta - pagato e non goduto.

ASSICURAZIONE MULTIRISCHI

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



Prodotto: In salute OK

Versione n. 1 di Febbraio 2026 (ultima versione disponibile)

Scopo

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

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

Società

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

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

Esercizio 2024

Bilancio approvato il 28/03/2025

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

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

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

Prodotto



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alle garanzie **Rimborso spese di cura, Servizio Sanitario Nazionale, Diaria da ricovero, Diaria da convalescenza e gessatura e Invalidità permanente da Malattia** non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportata ai massimali stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione e/o nella Scheda di polizza e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Non sono previste opzioni che comportino il pagamento di un premio aggiuntivo.

In ottemperanza alla normativa vigente si specifica come, in caso di durata poliennale del contratto, il premio beneficerà di una agevolazione pari ad almeno il 5% rispetto alla tariffa annuale.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

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



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Rimborso spese di cura

Le prestazioni elencate all'interno dell'art. delle Condizioni di Assicurazione 13 "Rimborso spese di cura" operano con una franchigia assoluta e sempre operante pari a euro 1.000,00.

L'Assicurato potrà scegliere di innalzare la franchigia di cui sopra come segue:

- franchigia assoluta e sempre operante pari a euro 2.500,00 con il 25% di sconto sul premio; oppure
- franchigia assoluta e sempre operante pari a euro 5.000,00 con il 50% di sconto sul premio.

Resta inteso che nel caso in cui l'Assicurato scelga una delle due franchigie elencate sopra (2.500,00 o 5.000,00), tale selezione renderà non operanti le prestazioni elencate nel precedente art. 13 delle Condizioni di Assicurazione aventi un massimale inferiore alla franchigia scelta e risultante nella Scheda di polizza.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto In salute OK è rivolto alle persone fisiche di età inferiore a 65 anni residenti in Italia, nella repubblica di San Marino o nello stato della città del Vaticano, che sono interessate a tutelare se stesse e il proprio patrimonio in caso di malattia o infortuni.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta dall'Impresa.

Costi di intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 35,13% e per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 24,26%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza (MB) – Tel. 039.9890001 – reclami@nobis.it. La risposta al reclamo verrà effettuata entro 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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	- 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. - In caso di controversie sulla indennizzabilità del sinistro le Parti, di comune accordo, possono conferire per iscritto mandato a due medici, nominati uno per parte, i quali si riuniscono nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. 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 Ramo 3 se il conducente è identificato in polizza) e malattia (Ramo 2): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5 per cento, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti. • 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/ASSICURATO (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	3
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 2 – Aggravamento del rischio	3
Art. 3 – Diminuzione del rischio	3
Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	3
Art. 5 – Durata del contratto	3
Art. 6 – Recesso in caso di sinistro	3
Art. 7 – Estensione territoriale	3
Art. 8 – Persone non assicurabili	3
Art. 9 – Oneri fiscali	3
Art. 10 – Rinvio alle norme di legge	4
Art. 11 – Diritto di surrogazione e altre assicurazioni	4
Art. 12 – Sanctions Clause	4
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	5
CAPITOLO 1 - RIMBORSO	5
Art. 13 – Rimborso spese di cura	5
<i>(Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla scheda di polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 13 Bis – Franchigia applicabile alla garanzia rimborso spese di cura	5
Art. 14 – Servizio Sanitario Nazionale	5
<i>(Garanzia sempre operante con la selezione della prestazione "rimborso spese di cura" a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 15 – Diaria da ricovero	6
<i>(Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla scheda di polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 16 – Diaria da convalescenza o da gessatura	6
<i>(Garanzia facoltativa, a condizione che sia acquistata la garanzia "diaria da ricovero", che risulti dalla scheda di polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 17 – Esclusioni valide per il capitolo rimborso	6
Art. 18 – Massimale unico per nucleo familiare per la garanzia rimborso spese di cura	6
Art. 19 – Limite di indennizzo per il capitolo rimborso	6
Art. 20 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il capitolo rimborso	7
Art. 21 – Termini di aspettativa per il capitolo rimborso	7
CAPITOLO 2 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	7
Art. 22 – Invalidità permanente da malattia	7
<i>(Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla scheda di polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)</i>	
Art. 23 – Esclusioni valide per il capitolo invalidità permanente da malattia	7
Art. 24 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa per il capitolo invalidità permanente da malattia	7
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO	8
Art. 25 – Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato	8
Art. 26 – Criteri di liquidazione	8
Art. 27 – Criteri e termini di liquidazione per il capitolo invalidità permanente da malattia	8
Art. 28 – Criteri di indennizzabilità per il capitolo invalidità permanente da malattia	9
Art. 29 – Diritto all'indennizzo per il capitolo invalidità permanente da malattia	9
Art. 30 – Controversie	9
Art. 31 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione	9
APPENDICE NORMATIVA	11

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, con l'iniziale in maiuscolo, essi assumono il significato di seguito indicato.

Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

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

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

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

Chemioterapia oncologica: Complesso delle terapie farmacologiche e delle tecniche impiegate nella loro somministrazione, utilizzate nel trattamento di tumori.

Contraente: La persona che stipula il contratto e paga il premio.

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

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

Diaria: Indennità giornaliera prevista a seguito di determinati eventi inerenti all'infortunio.

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

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

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

Impresa e/o Società: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Sede Legale: all'Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza (MB) - nobisassicurazioni@pec.it - www.nobis.it

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

Indennizzo: La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

Massimale: La somma fino alla conoscenza della quale, per ciascun sinistro, per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare, l'Impresa presta le garanzie.

Scheda di Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Nucleo familiare: Tutte le persone che compongono il nucleo familiare del Contraente quali risultano dallo stato di famiglia al momento del sinistro.

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

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione.

Premio: La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

Radioterapia antitumorale: Terapia che sfrutta l'azione biologica delle radiazioni.

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

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

Second opinion: Servizio di consulenza medica internazionale prevista per la diagnosi e terapia di gravi patologie e realizzato attraverso scambio, anche per via telematica, di informazioni e referti.

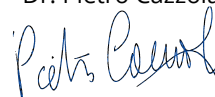
Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Termini di Aspettativa - Carenza: Periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza assicurativa e l'inizio della garanzia, durante il quale la copertura assicurativa per la/le prestazione/i indicata/e si intende operante. La carenza può essere operante anche come riduzione percentuale del rimborso spettante a termini di polizza.

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

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

Il Rappresentante legale
Dr. Pietro Cazzola



SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione 80 IN SALUTE OK - 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.

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte, rese anche all'interno del questionario sanitario, o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 19894 del Codice Civile.

Art. 2 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato e/o il Contraente devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 3 – 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 dell'Assicurato e/o del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti. I sinistri avvenuti durante la sospensione sono esclusi dalla copertura.

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

Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale (con un aumento di premio del 3%).

Ai sensi della vigente normativa, l'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.

Art. 5 – DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione prevede una durata annuale o poliennale (massimo 5 anni) risultante dalla Scheda di polizza e termina automaticamente alla sua naturale scadenza senza tacito rinnovo e senza necessità di disdetta.

Nel caso in cui il Contraente selezioni una durata poliennale verrà riconosciuta una riduzione di premio rispetto alla stessa copertura con durata annuale nella misura di seguito indicata:

- sconto del 2% se il contratto ha durata di 2 anni;
- sconto del 3% se il contratto ha durata di 3 anni;
- sconto del 4% se il contratto ha durata di 4 anni;
- sconto del 5% se il contratto ha durata di 5 anni o superiore.

A fronte della suddetta riduzione di premio, il Contraente non potrà esercitare la facoltà di recesso del contratto per i primi cinque anni, come previsto dall'Art. 1899 C.C.

Art. 6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicurato potrà recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'Impresa, tramite raccomandata A/R o p.e.c.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente.

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

Art. 7 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 8 – PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che l'Impresa, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Resta inteso che non risultano altresì assicurabili:

- i soggetti che al momento della stipulazione del contratto abbiano con un'età pari o superiore i 65 anni;
- i soggetti non residenti in Italia o Repubblica di San Marino o Stato della Città del Vaticano.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni di Assicurazione e dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 9 – ONERI FISCALI

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

Art. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.
Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 11 – DIRITTO DI SURROGAZIONE E ALTRE ASSICURAZIONI

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

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per uno o più rischi coperti con la presente polizza, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.

L'Impresa, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni; in tal caso rimborsa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo del premio – al netto dell'imposta - pagato e non goduto.

Art. 12 – 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.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione si compone di due capitoli (*Rimborso – Invalidità permanente da malattia*) che disciplina le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 - RIMBORSO

Art. 13 – RIMBORSO SPESE DI CURA

(Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

Alle condizioni che seguono, l'Impresa rimborsa all'Assicurato in caso di:

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

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

- a) gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura pubblico o privato nei 100 giorni precedenti il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero, il parto o l'aborto terapeutico comportante il ricovero, purché relativi al sinistro denunciato;
- b) l'onorario del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- c) l'assistenza medica, infermieristica, le cure ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi, gli esami ed i medicinali, durante il ricovero;
- d) le rette di degenza;
- e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio per il ricovero o per l'intervento e, dopo la dimissione, per il trasporto al suo domicilio. La garanzia è prestata con un massimale pari a euro 2.000,00 per sinistro e per anno da intendersi complessivo con la prestazione di cui alla lettera f);
- f) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese alberghiere), purché inerenti e conseguenti al ricovero o all'intervento chirurgico, sostenute nei 100 giorni successivi a quello della dimissione dall'istituto di cura (pubblico o privato) o da quello dell'intervento chirurgico senza ricovero. La garanzia è prestata con un massimale pari a euro 2.000,00 per sinistro e per anno da intendersi complessivo con la prestazione di cui alla lettera e);
- g) il trapianto di organi o di parte di essi conseguenti a malattia od infortunio, per le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relative al donatore per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza;
- h) le prestazioni sanitarie avvenute entro i 30 giorni successivi al parto, indennizzabile a termini di polizza, e rese necessarie da cure per il neonato durante il ricovero, con il massimale di euro 1.000,00 per anno e per sinistro, e senza applicazione di alcuna franchigia (anche in deroga al disposto del successivo art. 13 bis). In caso di parto plurimo il massimale di euro 1.000,00 varrà per ogni neonato;
- i) vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura o, in caso di comprovata non disponibilità dell'istituto stesso, in una struttura alberghiera. La garanzia è prestata per un periodo massimo di 90 giorni con il limite giornaliero di euro 60,00.

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

Art. 13 Bis – FRANCHIGIA APPLICABILE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA

Le prestazioni elencate all'interno dell'art. 13 "Rimborso spese di cura" operano con una franchigia assoluta e sempre operante pari a euro 1.000,00.

L'Assicurato potrà scegliere di innalzare la franchigia di cui sopra come segue:

- franchigia assoluta e sempre operante pari a euro 2.500,00 con il 25% di sconto sul premio;
- oppure
- franchigia assoluta e sempre operante pari a euro 5.000,00 con il 50% di sconto sul premio.

Resta inteso che nel caso in cui l'Assicurato scelga una delle due franchigie elencate sopra (2.500,00 o 5.000,00), tale selezione renderà non operanti le prestazioni elencate nel precedente art. 13 aventi un massimale inferiore alla franchigia scelta e risultante nella Scheda di polizza.

Art. 14 – SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

(Garanzia sempre operante con la selezione della prestazione "Rimborso spese di Cura" a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio)

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

Art. 15 – DIARIA DA RICOVERO

(Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

L'Impresa corrisponde all'Assicurato, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, l'indennità giornaliera assicurata risultante in polizza, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 300 giorni per evento e per periodo assicurativo, con il limite di 5 giorni per il parto non cesareo o l'aborto terapeutico.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche per il caso di degenza, diurna continuativa (Day Hospital) purché non inferiore a 3 giorni consecutivi (non tenendo conto delle festività). L'indennità giornaliera verrà corrisposta nella misura pari alla metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 16 – DIARIA DA CONVALESCENZA O DA GESSATURA

(Garanzia facoltativa, a condizione che sia acquistata la Garanzia "Diaria da ricovero", che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

In caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, indennizzabile a termini di polizza, ma non conseguente ad infortunio comportante "gessatura", l'Impresa corrisponde l'indennità giornaliera di convalescenza garantita a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dell'Assicurato dall'istituto di cura, per una durata pari a quella del ricovero con un massimo di 60 giorni.

Sono esclusi da questa garanzia il parto con o senza taglio cesareo, l'aborto terapeutico e le malattie dipendenti dalla gravidanza e dal puerperio. Qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata "gessatura", l'Impresa corrisponde all'Assicurato la suddetta indennità giornaliera, dal giorno di dimissione dall'istituto di cura se vi è stato "ricovero", oppure dal giorno dell'applicazione della "gessatura" se non vi è stato ricovero, fino alla sua rimozione e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino.

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

Art. 17 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLATO RIMBORSO

L'assicurazione non è operante per:

- A. le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
- B. l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- C. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- D. i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- E. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- F. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- G. l'aborto non terapeutico;
- H. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi chirurgici demolitivi);
- I. le protesi dentarie, le parodontopatie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- L. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'Art. 13 lettera b);
- M. gli infortuni subiti in occasione della pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- N. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- O. i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Per lunga degenza si intendono i ricoveri per i casi in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali che una guarigione non può più essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- P. i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate come Istituti di cura;
- Q. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- R. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- S. i ricoveri determinati da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- T. le prestazioni per la diagnosi della sterilità e dell'impotenza.

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

Art. 18 – MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE PER LA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA

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

Art. 19 – LIMITE DI INDENNIZZO PER IL CAPITOLATO RIMBORSO

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

Art. 20 – RIEPILOGO FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO PER IL CAPITOLO RIMBORSO

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e per anno assicurativo
Rimborso spese di cura (art. 13)	Franchigia assoluta e sempre operante pari a euro 1.000,00 per tutte le prestazioni elencate. Salvo franchigia in aumento come normata all'art. 13 bis (2.500,00 o 5.000,00).	-
Rimborso spese di Cura (Art. 13 lett. e, lett. f)	-	Euro 2.000,00
Prestazioni sanitarie successive al parto (Art. 13, Lett. H)	-	Euro 1.000,00 per ogni neonato
Parto con o senza cesareo, aborto terapeutico, intervento sulle tonsille, vegetazioni adenoidi, emorroidi, varici, colecistectomie per calcoli, meniscopatie, ricostruzione di legamenti del ginocchio, appendiciti ed ernie non discali (Art. 13)	-	Euro 3.000,00
Servizio Sanitario Nazionale (Art. 14)	-	Euro 120,00
Day-hospital (Art. 15)	50% somma assicurata	-

Art. 21 – TERMINI DI ASPETTATIVA PER IL CAPITOLO RIMBORSO

La garanzia ha effetto dalle ore 24:

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

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra, l'Impresa non effettuerà alcun rimborso per le prestazioni iniziate durante il periodo di aspettativa e protrattesi, senza soluzione di continuità, oltre tale termine.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale, senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

CAPITOLO 2 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 22 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

(Garanzia facoltativa, operante a condizione che risulti dalla Scheda di Polizza e che sia stato corrisposto il relativo premio)

La garanzia è operante, in base al massimale prescelto e risultante in polizza, per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione secondo quanto previsto dal successivo Art. 24 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa per il Capitolo Invalidità permanente da malattia" e manifestatasi non oltre 365 giorni, cioè in anno dalla cessazione dell'assicurazione.

Art. 23 – ESCLUSIONI VALIDE PER IL CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

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

Art. 24 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA PER IL CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto il contratto di assicurazione.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa, alla scadenza annuale senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 25 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata di certificazione medica. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata tramite raccomandata A/R a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri

Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale Colleoni –
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

Oppure tramite PEC:

nobisassicurazione@pec.it

Art. 26 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto ai sensi di polizza:

- relativamente al "Rimborso spese di cura", a cure ultimate, su presentazione, in originale, delle ricevute, notule e/o distinte debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato, l'Impresa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia ottenuto un rimborso da ente pubblico o privato, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto previa dimostrazione, da parte dell'Assicurato stesso, attraverso la documentazione originale, delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico di terzi. Qualora il ricovero in istituto di cura si protragga oltre 15 giorni, l'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione fino al massimo del 50% delle spese fino ad allora sostenute e documentate, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'istituto di cura che attesti le cause, la specie e la natura del ricovero, nonché la data del suo inizio e del presumibile termine. L'anticipo delle spese può avere luogo qualora l'ammontare delle stesse al momento della richiesta non sia inferiore a euro 2.500,00. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi saranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano dei Cambi;
- relativamente alla "Diaria da ricovero, convalescenza o gessatura", a cure ultimate, su presentazione, in originale di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero, della convalescenza o della gessatura;
- relativamente alla "Invalidità permanente da malattia", vale quanto previsto dal successivo articolo.

Art. 27 – CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE PER IL CAPITOLATO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

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

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

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

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale.

L'indennizzo per Invalidità Permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti stabilizzati entro due anni dall'insorgenza della malattia, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

Se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 25%, l'Impresa liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

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

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare accertata sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
Dal 35 al 55	Pari a quella accertata
56	59

57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
Dal 66 al 100	100

Art. 28 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ PER IL CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia.

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

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

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

Art. 29 – DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER IL CAPITOLO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

Art. 30 – CONTROVERSIE

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

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

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fino d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

Art. 31 – LIQUIDAZIONE DEL DANNO/ PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO/MOTIVI DI CONTESTAZIONE

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

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

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro, il pagamento sarà fatto solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorrono le esclusioni previste nei Capitoli "Rimborso" e "Invalidità permanente da malattia".

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)

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.

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 e di seguito riassunta.

Ricordarsi che il diritto all'indennizzo si prescrive trascorsi due anni dall'ultima richiesta scritta pervenuta all'Impresa in merito al sinistro. (art. 2952 Codice Civile).

Importante!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'Assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, codice IBAN).

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 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 tale obbligo, l'Impresa 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.

Notes

Notes



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

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

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

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