



SALUTE TUTTO OK

MODELLO SALUTE TUTTO OK-2026.001 – EDIZIONE: FEBBRAIO 2026

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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
800.894129

NUMERO dall'estero
+39.039.9890708

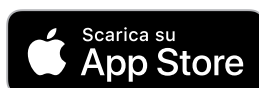
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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: Salute tutto 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?

La presente polizza contiene le seguenti garanzie: **Rimborso Spese Mediche A Seguito Di Ricovero In Istituto Di Cura - Second Opinion - Critical Illness - Assistenza - Prestazioni Specialistiche Extra-Ricovero.**



CHE COSA È ASSICURATO?

CAPITOLO RIMBORSO

✓ RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO

La Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute nel corso di validità della copertura assicurativa conseguenti a ricovero in Istituto di cura per infortunio o malattia, anche se seguito da intervento chirurgico.

✓ GARANZIE ASSICURATIVE SECOND OPINION

Il servizio "Second Opinion" permette di accedere per il tramite della Centrale Operativa Nobis alla consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri Medico Specialistici di eccellenza internazionale.

✓ CRITICAL ILLNESS

La Società si impegna a pagare all'Assicurato una prestazione in forma capitale se, nel corso della copertura assicurativa prestata con il presente contratto, viene diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi coperte (ad esempio infarto miocardico, ictus, intervento chirurgico alle arterie coronarie).

✓ PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

La società si impegna ad erogare prestazioni specialistiche extra-ricovero in regime di prestazione indiretta.

✓ SETTORE ASSISTENZA

I servizi saranno forniti da Centrale Operativa Nobis Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB).

È data facoltà al cliente di personalizzare le suddette garanzie in fase di assunzione del contratto.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Esclusioni principali relative alle garanzie:

- ✗ Prestazioni sanitarie non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni vigenti.
- ✗ Conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto non esplicitamente indicati sul questionario sanitario redatto all'atto della stipula del contratto.
- ✗ L'elenco completo delle esclusioni relative ad ogni singolo settore è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Limiti di indennizzo e franchigie per sinistro e anno assicurativo, per la garanzia **Rimborso spese mediche a seguito di ricovero:**

- ! Per prestazioni di ricovero "fuori network" il rimborso delle rette di degenza sarà prestato fino ad un massimo di:
 - primo giorno di ricovero: € 400,00 (anche in Day Hospital);
 - ogni giorno successivo: € 300,00.
- ! Per prestazioni di ricovero (con o senza intervento) effettuate in istituti di cura e/o con medici "fuori network", verrà applicato uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 5.000,00 per ciascun ricovero.
- ! L'elenco completo delle limitazioni, franchigie, scoperti e massimali relativi a tutte le garanzie coperte per ogni Settore, è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali



DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.



CHE OBBLIGHI HO?

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



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il premio viene corrisposto in rate annuali. Il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi per il pagamento del premio:

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Il contratto non prevede la formula del tacito rinnovo. La copertura comincia dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

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

Sia il Contraente che la Società possono recedere dal contratto dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ma per la Società tale diritto decade trascorsi due anni dalla stipulazione del contratto.

ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

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



Prodotto: Salute tutto ok
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 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?

Rimborso spese di cura	Si specifica che la garanzia comprende le fattispecie indicate nelle Condizioni di Assicurazione, Sezione III, Capitolo 1, dall'art. 19 all'art. 25.
Second Opinion	Si specifica che la garanzia comprende le fattispecie indicate nelle Condizioni di Assicurazione, Sezione III, Capitolo 2, dall'art. 26 all'art. 30.
Critical Illness	Si specifica che la garanzia comprende le fattispecie indicate nelle Condizioni di Assicurazione, Sezione III, Capitolo 5, dall'art. 41 all'art. 45.
Prestazioni specialistiche extraricovero	Si specifica che la garanzia comprende le fattispecie indicate nelle Condizioni di Assicurazione, Sezione III, Capitolo 5, dall'art. 41 all'art. 45.
Assistenza	Si specifica che la garanzia comprende le fattispecie indicate nelle Condizioni di Assicurazione, Sezione III, Capitolo 4, dall'art. 37 all'art. 40.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Esclusioni comuni ai Settori Rimborso spese di cura, Second Opinion, Critical Illness e Prestazioni specialistiche extraricovero	L'assicurazione non vale per le spese di rimborso per visite di alta diagnostica, visite specialistiche e accertamenti diagnostici sostenuti dall'Assicurato in regime di prestazione diretta e in casi di: Prestazioni sanitarie effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni vigenti; Infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto non esplicitamente indicati sul questionario sanitario. Sono inoltre escluse dall'Assicurazione spese per: Acquisto di montatura di occhiali e lenti a contatto; Cura dalle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti; Applicazioni, per chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico; Infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto influenza di sostanze stupefacenti; Infortuni per proprie azioni delittuose o in occasione di pratica di sports indicati nelle Condizioni di Assicurazione; Conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; Trattamenti psicoterapici e per malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso; Cure omeopatiche
---	---

	ed omeopatia in genere; Acquisto di farmaci/medicinali e di presidi ortopedici; Trattamenti di medicina alternativa; Conseguenza di anoressia o bulimia; Aborto volontario; Lungodegenze che non consentono la guarigione all'Assicurato con trattamenti medici o che rendano necessaria la permanenza in Istituto di cura; Procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita; Risarcimenti da gravidanza prima di 300 giorni a far tempo dalla data di sottoscrizione; Amniocentesi e villocentesi effettuati su donne di età inferiore a 35 anni; Visite, cure e protesi dentarie ed ortodontiche, l'implantologia.
Rimborso spese di cura	Sono esclusi dal rimborso: Le spese di degenza e le spese sostenute per analisi cliniche, esami strumentali e visite eseguite ai soli fini diagnostici; I bisogni voluttuari del degente (Bar/telefono/TV ecc); Le spese alberghiere e di trasferimento.
Second Opinion	L'assicurazione non è operante per: Malattie preesistenti che si siano manifestate nei cinque anni precedenti alla stipula della Polizza; Malattie congenite o H.I.V. correlate.
Critical Illness	Sono esclusi dal rimborso spese di cura casi di: Sindrome coronarica acuta; Aumento della Troponina T ed I; Ischemia transitoria (TIA); Deficit neurologico conseguente ad emicrania; Procedure terapeutiche non chirurgiche; Stadio 1 della malattia di Hodgkin; Neoplasia intraepiteliale della cervice (CIN); Cancro non invasivo (Cancro in situ); Cancro allo stadio pre-maligno; Cancro alla prostata di stadio A; Cancro della pelle; Tumore maligno in presenza di HIV.
Prestazioni specialistiche extraricovero	L'assicurazione non è operante per: Visite pediatriche; Visite ginecologiche; Visite oculistiche; Visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.
Assistenza	L'assicurazione non prevede assistenza all'Assicurato nel caso questi si trovi in difficoltà a seguito di infortunio o malattia. La garanzia non prevede le seguenti prestazioni: Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato nel caso di lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative; Rientro sanitario per infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio; Rientro sanitario per malattie infettive che implicano violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; Rientro sanitario successivo a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato; Spese per cerimonia funebre e eventuale recupero salma; Spese per interprete in Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa. L'assicurazione non prevede Assistenza all'Assicurato in caso di sinistri provocati o dipendenti da: guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; Scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e vandalismo; Dolo dell'Assicurato; Suicidio o tentato suicidio; Infortuni derivanti dallo svolgimento di alpinismo con scalata di rocce; Pratica di sports specificamente indicati nelle Condizioni di Assicurazione; Malattie nervose e mentali; Malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse del Settore Rimborso spese di cura	Per le garanzie non riportate nel presente elenco, la copertura si intende operante senza limitazione alcuna, per la somma prevista sul Frontespizio di Polizza. Le garanzie del settore Rimborso spese presentano un massimale di 300.000€ per sinistro per un periodo di 120 giorni anteriori e 120 giorni posteriori al ricovero. Di seguito sono riportate le limitazioni relative alle garanzie prestate nel Settore Rimborso spese di cura: Rimborso spese di cura in Istituti di Cura non compresi in Network – massimale di 5.000€ per ciascun ricovero e scoperto del 25% con un minimo di 1.000€; Rimborso spese di cura per prestazioni dei medici al di fuori del Network – scoperto del 25% rispetto al totale del sinistro con un minimo di 500€; Rimborso delle spese per ricovero in Clinica/Azienda Ospedaliera al di fuori del Network – scoperto del 15% rispetto al totale del sinistro, con un minimo di 700€; Ricovero anche in caso di intrameonia – massimale di 55€ giornalieri per un periodo massimo di 30 giorni; Spese per parto, aborto terapeutico, parto gemellare o podalico – massimale di 5.000€ e franchigia assoluta a carico dell'Assicurato di 250€; Chirurgia refrattiva – massimale di 1.500€ e franchigia assoluta a carico dell'Assicurato di 250€; Intervento chirurgico – massimale di 3.000€ e franchigia assoluta a carico dell'Assicurato di 250€ in strutture al di fuori del Network per: Adenoidectomia, Appendicectomia, Emorroidectomia, Ernioplastica inguinale, Tonsillectomia; Intervento chirurgico – massimale di 5.000€ e franchigia assoluta a carico dell'Assicurato di 250€ in strutture al di fuori del Network per: Colectomia, Trattamento chirurgico delle varici degli arti inferiori, Ricostruzione dei legamenti del ginocchio; Meniscetomia – massimale di 7.000€ e franchigia assoluta a carico dell'Assicurato di 250€; Rette di degenza – massimale di 400€ per il primo giorno e 300€ per ogni giorno successivo di ricovero; Parto senza taglio cesareo anche se avvenuto a domicilio – massimale di 3.000€ con franchigia assoluta a carico dell'Assicurato di 200€ per i 3 giorni antecedenti e successivi al parto; Ricovero senza intervento con medici al di fuori del Network – massimale di 5.000€ con scoperto del 25% con un minimo di 1.000€; Rimborso per parto cesareo, aborto terapeutico, parto gemellare o podalico – massimale di 5.000€; Rimborso spese per il Servizio Sanitario Nazionale – massimale di 150€ giornaliero per pernottamento con un massimo di 300 giorni per sinistro. Il massimale verrà ridotto a 100€ per accertamenti resi indispensabili dall'evento considerato; Diaria per intervento effettuato in Day Hospital – massimale di 100€ giornaliero; Accompagnatore – massimale di 75€ giornaliero per una durata massima di 15 giorni; Cure figli neonati ed adottati – la garanzia è valida purché il parto sia avvenuto a 300 giorni dalla data di decorrenza della copertura ed esclusivamente per i primi 6 mesi di vita o di affidamento, limitatamente alle spese sostenute durante il ricovero a seguito di infortunio o malattia; Cure dentarie da infortunio – massimale di 1.500€ per periodo assicurativo e nucleo familiare, con scoperto per ogni fattura pari al 30% per un minimo di 55€; Chirurgia plastica, estetica e somatologica su neonati, conseguente a neoplasie maligne o ad infortunio documentato da Pronto Soccorso – massimale di 20.000€; Spese di ricovero per tossicodipendenza o alcolismo – esclusivamente per il primo ricovero, periodo massimo di 90 giorni con massimale giornaliero di 70€; Spese di ricovero sostenute in caso di A.I.D.S. – massimale di 7.000€ per i 120 giorni successivi alla data in cui l'A.I.D.S. sia risultata in fase conclamata da documentazione medica.
Consulenza medica specialistica	Di seguito sono riportate le limitazioni per le garanzie relative alla consulenza specialistica, Settore Second Opinion: Termini di aspettativa – la garanzia decorre dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura; Patologie – massimale di 6 prestazioni per persona per il periodo assicurativo; Patologie diverse – massimale di 2 prestazioni per persona per il periodo assicurativo.

Critical Illness	Le garanzie relative al Settore Critical Illness sono prestate con un massimale di 10.000€, che si abbassa a 7.500€ qualora alla richiesta della prestazione l'Assicurato avesse compiuto i 50 anni di età
Prestazioni specialistiche extra ricovero	Per le garanzie non riportate nel presente elenco, la copertura si intende operante senza limitazione alcuna, per la somma prevista sul Frontespizio di Polizza. Di seguito sono riportate le limitazioni per le garanzie relative al Settore Prestazioni specialistiche extra-ricovero: Alta diagnostica – massimale di 5.000€ per sinistro con uno scoperto del 25%, per un minimo di 100€, che rimarrà a carico dell'Assicurato. Massimale aumentato a 7.000€ qualora nel corso dell'annualità di polizza precedente non fossero avvenuti e/o denunciati sinistri risarcibili; Visite specialistiche e accertamenti diagnostici – massimale di 200€ per prestazione (fino a 1.600€ all'anno) con uno scoperto del 30%, per un minimo di 55€. Massimale annuo aumentato a 2.100€ qualora nel corso dell'annualità di polizza precedente non fossero avvenuti e/o denunciati sinistri risarcibili.
Assistenza	Per le garanzie non riportate nel presente elenco, la copertura si intende operante senza limitazione alcuna, per la somma prevista sul Frontespizio di Polizza. Di seguito sono riportate le limitazioni per le garanzie relative al Settore Assistenza: Trasporto in autoambulanza in Italia – massimale pari all'importo necessario per compiere 200km di percorso complessivo; Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato e rientro – massimale di 10.000€ inclusa assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio; Trasporto in autoambulanza o taxi in seguito a dimissioni – massimale di 250€ per sinistro; Viaggio di un familiare – la garanzia opera per i sinistri che richiedono un ricovero superiore ai 10 giorni; Rientro salma – massimale di 100€ giornalieri per un periodo massimo di 3 giorni; Interprete a disposizione all'estero – massimale di 8 ore lavorative per sinistro; Invio di medicinali urgenti all'estero – restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali stessi; Assistenza domiciliare integrata – la garanzia opera per i ricoveri con interventi chirurgici superiori a 8 giorni successivi alla dimissione. La garanzia opera per i ricoveri senza interventi chirurgici superiori a 12 giorni successivi alla dimissione; Assistenza domiciliare post ricovero – massimale di 15 giorni consecutivi dopo le dimissioni dall'istituto di cura; Prestazioni professionali post ricovero – massimale di 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro i 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura; Servizi sanitari post ricovero – massimale di 3 volte complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro i 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura; Servizi non sanitari post ricovero – massimale di 10 ore complessive per ogni episodio di ricovero e comunque entro i 15 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto Salute tutto OK è rivolto a persone fisiche con esigenze di protezione della persona e del patrimonio.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Costi di intermediazione: l'Intermediario percepisce una commissione media pari al 22%, calcolata sul premio annuo di polizza comprensivo di imposte.

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) – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni decorrenti dalla data di ricevimento del reclamo.
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.

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. • 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. 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	2
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	4
Art. 1 – Pagamento del premio per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	4
Art. 2 – Calcolo del premio e adeguamento per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	4
Art. 3 – Sanctions Clause	4
Art. 4 – Termini di prescrizione per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	4
Art. 5 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa - carenza per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Critical Illness e prestazioni specialistiche extra-ricovero	4
Art. 6 – Decorrenza della garanzia per il settore Second Opinion	5
Art. 7 – Decorrenza della garanzia per il settore Critical Illness	5
Art. 8 – Durata dell'assicurazione per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	5
Art. 9 – Estensione territoriale per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	5
Art. 10 – Estensione territoriale per il settore assistenza	5
Art. 11 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso dell'assicurazione in caso di sinistro	5
Art. 12 – Altre assicurazioni per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	5
Art. 13 – Altre assicurazioni per il settore assistenza	5
Art. 14 – Aggravamento del rischio per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	5
Art. 15 – Prova del contratto, forma e validità delle comunicazioni per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	5
Art. 16 – Oneri fiscali per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	6
Art. 17 – Rinvio alle norme di legge per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	6
Art. 18 – Inesistenza dell'obbligo a fornire prestazioni alternative per il settore assistenza	6
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	7
CAPITOLO 1 – RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	7
Art. 19 – Cosa comprende l'assicurazione per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura (<i>Garanzia sempre operante</i>)	7
Art. 20 – Persone assicurabili – inclusioni ed esclusioni nel novero degli assicurati - assicurazione per conto altrui per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura	9
Art. 21 – Cosa non comprende l'assicurazione per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura	9
Art. 22 – Persone non assicurabili per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura	10
Art. 23 – Franchigia sui ricoveri per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura	10
Art. 24 – Limite delle prestazioni per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura	10
Art. 25 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura	10
CAPITOLO 2 – SECOND OPINION	11
Art. 26 – Cosa comprende l'assicurazione per il settore Second Opinion (<i>Garanzia sempre operante</i>)	11
Art. 27 – Persone assicurabili – inclusioni ed esclusioni nel novero degli assicurati - assicurazione per conto altrui per il settore Second Opinion	11
Art. 28 – Cosa non comprende l'assicurazione per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura	11
Art. 29 – Persone non assicurabili per il settore second Opinion	12
Art. 30 – Limitazioni per il settore Second Opinion	12
CAPITOLO 3 – CRITICAL ILLNESS	12
Art. 31 – Cosa comprende l'Assicurazione per il Settore Critical Illness (<i>Garanzia sempre operante</i>)	12
Art. 32 – Operatività della garanzia per il settore Critical Illness	13
Art. 33 – Persone assicurabili - inclusioni ed esclusioni nel novero degli assicurati - assicurazione per conto altrui per il settore Critical Illness	13
Art. 34 – Cosa non comprende l'assicurazione per il settore Critical Illness	13
Art. 35 – Persone non assicurabili per il settore Second Opinion	14
Art. 36 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il settore rimborso Critical Illness	14
CAPITOLO 4 – ASSISTENZA	14
Art. 37 – Attivazione della centrale operativa per il settore assistenza	14
Art. 38 – Cosa comprende l'assicurazione per il settore assistenza	14
Art. 39 – Cosa non comprende l'assicurazione per il settore assistenza	15
Art. 40 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il settore assistenza	16
CAPITOLO 5 – GARANZIA OPZIONALE - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO	16
Art. 41 – Garanzie aggiuntive per il settore prestazioni specialistiche extra-ricovero (<i>Garanzia facoltativa, operante a condizione che venga corrisposto il relativo premio e risulti sulla scheda di polizza</i>)	16
Art. 42 – Persone assicurabili – inclusioni ed esclusioni nel novero degli assicurati - assicurazione per conto altrui Per il settore prestazioni specialistiche extra-ricovero	17
Art. 43 – Che cosa non comprendono le garanzie aggiuntive per il settore prestazioni specialistiche extra-ricovero	17

Art. 44 – Persone non assicurabili per il settore prestazioni specialistiche extraricovero	17
Art. 45 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il settore prestazioni specialistiche extra ricovero.....	17
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO.....	18
Art. 46 – Dichiarazioni dell'Assicurato - questionario sanitario per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	18
Art. 47 – Denuncia e pagamento del sinistro prestazione indiretta – rimborso dell'Assicurato per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extraricovero.....	18
Art. 48 – Circuito internazionale di cliniche convenzionate per il settore rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura.....	18
Art. 49 – Composizione della rete per il settore Second Opinion.....	18
Art. 50 – Attivazione prestazione per il settore Second Opinion	18
Art. 51 – Fornitura della prestazione per il settore Critical Illness.....	19
Art. 52 – Richiesta di assistenza per il settore assistenza	19
Art. 53 – Controversie per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	19
Art. 54 – Valuta di pagamento per i settori rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, Second Opinion, Critical Illness, prestazioni specialistiche extra-ricovero	19
Art. 55 – Liquidazione del danno/pagamento dell'indennizzo/motivi di contestazione	19
APPENDICE NORMATIVA	20

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 la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

Centrale operativa: È la struttura Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. - Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB) – costituita da tecnici e operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza. La Centrale Operativa Nobis può essere contattata telefonicamente attraverso il numero verde 800 894149 per le chiamate dall'Italia ed il numero +39 039 9890722 per le chiamate dall'estero.

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

Chemioterapia oncologica: Complesso delle terapie farmacologiche e delle tecniche impiegate nelle loro somministrazioni, utilizzate nel trattamento dei tumori.

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

Customer Care Center: Il Customer Care Center è a disposizione degli Assicurati per: - segnalare le strutture sanitarie convenzionate (Network) presso le quali si può usufruire delle prestazioni in regime di servizio diretto (pagamento diretto della prestazione da parte della Società senza esborso, nei limiti previsti, da parte dell'Assicurato) o in forma indiretta e cioè con oneri a carico dell'Assicurato (con l'utilizzo delle tariffe preferenziali previste); - illustrare le modalità e le condizioni per ottenere l'indennizzo ai sensi di polizza. Le prestazioni e i limiti di rimborso sono descritti in dettaglio nelle Condizioni generali di assicurazione.

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

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

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

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

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

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

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

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

Network: Rete Convenzionata dalla Centrale Operativa Nobis, costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme:

a) in forma diretta, cioè senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi di ricovero;

b) in forma indiretta (con utilizzo delle tariffe preferenziali).

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile nel sito www.nobis.it.

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

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

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Questionario anamnestico sanitario: È il documento che forma parte integrante del contratto e che il Contraente/Assicurato deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente/Assicurato servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

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

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

SALUTE TUTTO 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 – PAGAMENTO DEL PREMIO PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Come regolato nell'Art. 5, il premio è dovuto per intero anche se ne sia stato concesso il frazionamento. Qualora il pagamento della prima rata avvenga successivamente alla data di decorrenza del contratto, le garanzie saranno attive dalle ore 24.00 del giorno dell'avvenuto pagamento. Qualora le rate di premio successive alla prima non siano state pagate, le garanzie resteranno sospese dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo alla scadenza, e riprenderanno vigore dalle ore 24.00 del giorno dell'avvenuto pagamento (Art. 1901 del Codice Civile).

Nel caso di pagamento avvenuto dopo il 60° giorno dalla scadenza, i termini di aspettativa - carenza - di cui ai paragrafi che seguono del presente articolo si intenderanno riattivati dalla data del pagamento stesso.

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

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

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

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

Art. 2 – CALCOLO DEL PREMIO E ADEGUAMENTO PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Il premio annuo calcolato all'atto della stipula del contratto resta immutato per tutta la durata contrattuale. Qualora l'assicurazione venga prestata per l'interesse del nucleo familiare, purché composto da almeno 2 persone, il premio imponibile complessivo relativo a tali garanzie verrà diminuito del 10%.

Tale riduzione di premio è vincolata all'inserimento in polizza di copia dello stato di famiglia, avente data di emissione non anteriore a oltre 2 mesi dalla data di stipulazione della polizza. Inoltre, se il contratto è stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto durato 5 anni riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie nonché esente da sinistri avvenuti e/o denunciati (se non relativi al rimborso di tickets sanitari relativi a prestazioni SSN), alla scadenza di 5 anni, il premio imponibile annuo, calcolato sulla base delle tariffe aggiornate, verrà diminuito del 20%.

Art. 3 – 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. 4 – TERMINI DI PRESCRIZIONE PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 365 giorni, cioè un anno dalle singole scadenze mentre gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche.

Art. 5 – DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA - CARENZA PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, CRITICAL ILLNESS E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Anche in deroga al 1° comma dell'Art. 1899 del Codice Civile, le garanzie nei confronti dei singoli assicurati decorrono:

- per gli infortuni dalla decorrenza della copertura assicurativa;
- per le malattie dalle ore 24.00 del 20° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura purché il questionario anamnestico risulti controfirmato e timbrato dal/i medico/i di famiglia dell'Assicurato che abbia/ abbiano prestato assistenza sanitaria di base almeno nei due anni precedenti alla stipula del contratto. Qualora il questionario non risulti controfirmato e timbrato dal/i medico/i di famiglia il suddetto termine di aspettativa - carenza di 20 giorni si intende aumentato a 180 giorni;
- per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ed insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, per le conseguenze di infortuni pregressi e per le patologie diagnosticate nei primi 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura, dalle ore 24 del 180° giorno dalla data di decorrenza della copertura;
- per il parto, dalle ore 24.00 del 300° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura;
- per le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24.00 del 60° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori

somme previste dal nuovo contratto. La presente pattuizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Il presente contratto ha la durata annuale o poliennale risultante dalla Scheda di polizza.

Qualora il pagamento della prima rata avvenga successivamente alla data di decorrenza del contratto, le garanzie saranno attive dalle ore 24.00 del giorno dell'avvenuto pagamento. Qualora le rate di premio successive alla prima non siano state pagate, le garanzie resteranno sospese dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo alla scadenza, e riprenderanno vigore dalle ore 24.00 del giorno dell'avvenuto pagamento (Art. 1901 del Codice Civile).

Nel caso di pagamento avvenuto dopo il 60° giorno dalla scadenza, i termini di aspettativa - carenza - di cui ai paragrafi che seguono del presente articolo si intenderanno riattivati dalla data del pagamento stesso.

Art. 6 – DECORRENZA DELLA GARANZIA PER IL SETTORE SECOND OPINION

A parziale deroga dell'Art. 5 la garanzia decorre dalle ore 24 del 60° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura.

Art. 7 – DECORRENZA DELLA GARANZIA PER IL SETTORE CRITICAL ILLNESS

A parziale deroga dell'Art. 5 le garanzie nei confronti dei singoli assicurati decorrono in ogni caso dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo alla data di attivazione della copertura.

Art. 8 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Il contratto di assicurazione, fermi restando, i termini iniziale di decorrenza delle garanzie stabiliti nell'Art. 5, ha durata massima di 5 anni, a partire dalle ore 24.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione senza possibilità di rinnovo.

La copertura assicurativa cessa alla scadenza contrattuale e può essere proseguita attraverso la stipula di un nuovo contratto.

Art. 9 – ESTENSIONE TERRITORIALE PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 10 – ESTENSIONE TERRITORIALE PER IL SETTORE ASSISTENZA

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento si intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano. Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun periodo assicurativo di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni. Ad eccezione di quanto previsto per la prestazione a) Consulenza medica, ciascuna delle altre prestazioni è fornita non più di tre volte per annualità assicurativa.

Art. 11 – TERMINE, RINNOVO, DISDETTA E RECESSO DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI SINISTRO

A seguito di un sinistro avvenuto e denunciato entro i primi due anni dalla data di decorrenza è facoltà di entrambe le parti di recedere dal contratto. In caso di polizze che assicurino due o più persone il recesso può essere esercitato da entrambe le parti limitatamente al solo Assicurato cui si riferisce il sinistro.

Tale facoltà può essere esercitata fino al 60° giorno successivo al pagamento dell'indennizzo o alla contestazione formale della richiesta/offerta di indennizzo.

L'assicurazione cesserà di avere effetto 30 giorni dopo la spedizione della raccomandata con cui si comunica il recesso. In ogni caso, qualora venga esercitata la facoltà di recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

Trascorsi due anni dalla data di prima sottoscrizione, la sola Società perde il diritto al recesso.

Art. 12 – ALTRE ASSICURAZIONI PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo restando l'obbligo dell'Assicurato di darne preavviso in caso di sinistro.

Art. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI PER IL SETTORE ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra Società, le suddette prestazioni saranno operanti nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Art. 14 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Il Contraente deve comunicare alla Società eventuali aggravamenti del rischio, ivi comprese le variazioni relative alla professione e al luogo di residenza delle persone assicurate, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 15 – PROVA DEL CONTRATTO, FORMA E VALIDITÀ DELLE COMUNICAZIONI PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

I rapporti relativi alla garanzia in intestazione sono regolati unicamente sulla base del presente documento.

Tutte le comunicazioni debbono essere fatte per mezzo di lettera raccomandata AR alla sede dell'Agenzia, all'intermediario autorizzato o alla sede della Società.

Qualunque variazione dell'assicurazione dovrà risultare da atto scritto firmato da entrambe le parti.

Art. 16 – ONERI FISCALI PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. 17 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le disposizioni di legge.

Art. 18 – INESISTENZA DELL'OBBLIGO A FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE PER IL SETTORE ASSISTENZA

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative in compensazione.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione si compone di 5 capitoli (*Rimborso Spese Mediche A Seguito Di Ricovero In Istituto Di Cura - Second Opinion - Critical Illness - Assistenza - Prestazioni Specialistiche Extra-Ricovero*) che disciplina le garanzie oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Art. 19 – COSA COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

(Garanzia sempre operante)

A) Ricovero con intervento

La Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute nel corso di validità della copertura assicurativa conseguenti a ricovero in istituto di cura per infortunio o malattia seguito da intervento chirurgico.

Sono rimborsabili le spese per interventi effettuati a regime di Day Hospital e per interventi ambulatori.

In tali casi restano escluse dal rimborso le spese sostenute per analisi cliniche, esami strumentali e visite eseguite ai soli fini diagnostici.

La Società ha individuato nel termine di 120 giorni precedenti il ricovero e nei 120 giorni successivi al ricovero, il limite temporale affinché possano ritenersi rimborsabili le spese di seguito elencate.

1. Spese rimborsabili nei 120 giorni precedenti il ricovero

Accertamenti diagnostici, onorari medici, visite specialistiche. Le spese per l'acquisto di medicinali sono rimborsabili su prescrizione effettuata da medico specialista a condizione che il titolo specialistico del medico e la tipologia del medicinale siano attinenti alla patologia oggetto del ricovero.

2. Spese rimborsabili durante il ricovero

i. Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestetista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e per il materiale dell'intervento, anche in regime di intramoenia. In caso di trapianto la Società rimborserà le spese sostenute per l'espianto e il trasporto dell'organo del donatore, nei casi di donazione da vivente, la Società rimborserà anche le spese sostenute durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgo, cure, medicinali e rette di degenza.

ii. Accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi; è inclusa l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 55,00 € al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero, anche in regime di intramoenia.

iii. Le spese per rette di degenza direttamente fatturate dall'Istituto (esclusi i bisogni voluttuari del degente quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, bar/telefono/TV ecc.).

3. Spese rimborsabili nei 120 giorni successivi al ricovero o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale

Esami, prestazioni mediche, onorari medici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché effettuati da professionisti operanti presso centro medico riconosciuto a termini di legge; cure termali con esclusione delle spese alberghiere e di trasferimento, purché conseguenti e rese indispensabili dall'evento considerato e prescritte da medico specialista all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

4. Prestazioni assimilabili ad intervento chirurgico

i. Parto cesareo, aborto terapeutico, parto gemellare o podalico nonché prestazioni sanitarie effettuate sul feto o sul neonato entro il 1° mese di vita. Le spese per tali prestazioni sono rimborsabili sino ad un massimo di € 5.000,00 per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare.

ii. La chirurgia refrattiva (anche senza ricovero) ed i trattamenti con laser eccimeri, limitatamente a quelli effettuati:

- in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

Si conviene tra le parti che l'operatività della presente garanzia è vincolata alla trasmissione, in caso di sinistro, di adeguata documentazione medico specialistica comprovante l'assenza di anisometropia e/o deficit visivo dell'Assicurato alla data di decorrenza della copertura. Tale documentazione verrà fornita alla Società di servizi a cura dell'Assicurato in allegato alla denuncia di sinistro.

Le spese per tali prestazioni sono rimborsabili sino ad un massimo di € 1.500,00 per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare. Per ogni prestazione di cui al punto 4 verrà applicata una franchigia di € 250,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

5. Interventi specifici

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie "fuori network" e all'esterno del Servizio Sanitario Nazionale, per i seguenti interventi chirurgici valgono i limiti di rimborso intesi per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare:

- Adenoidectomia € 3.000,00;
- Appendicectomia € 3.000,00;
- Emorroidectomia € 3.000,00;
- Ernioplastica inguinale € 3.000,00;
- Tonsillectomia € 3.000,00;
- Colectectomia € 5.000,00;
- Trattamento chirurgico delle varici degli arti inferiori € 5.000,00;
- Ricostruzione dei legamenti del ginocchio € 5.000,00;
- Meniscectomia € 7.000,00.

Per ogni ricovero verrà applicata una franchigia di € 250,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

B) Ricovero senza intervento

La Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute nel corso di validità della copertura assicurativa, senza

alcun limite di massimale per sinistro o per periodo assicurativo, conseguenti a ricovero in Istituto di cura per infortunio o malattia.

Sono comprese le spese sostenute in regime di Day Hospital con l'esclusione dall'indennizzo delle spese di degenza e delle spese per analisi cliniche, esami strumentali e visite eseguite ai soli fini diagnostici. In particolare, sono comprese in garanzia la chemioterapia oncologica, la radioterapia antitumorale e la dialisi.

La Società ha individuato nel termine di 120 giorni precedenti il ricovero e nei 120 giorni successivi al ricovero il limite temporale affinché possano ritenersi rimborsabili le spese di seguito elencate.

1. Spese rimborsabili nei 120 giorni precedenti il ricovero

Accertamenti diagnostici, onorari medici, visite specialistiche. Le spese per l'acquisto di medicinali sono rimborsabili su prescrizione effettuata da medico specialista a condizione che il titolo specialistico del medico e la tipologia del medicinale siano attinenti alla patologia del ricovero.

2. Spese rimborsabili durante il ricovero

i. Accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica e cure sostenute durante il periodo del ricovero, anche in regime di intramoenia.

ii. Le spese per rette di degenza (esclusi i bisogni voluttuari del degente; a titolo esemplificativo e non esaustivo: bar/telefono/TV/giornali, ecc.). Tuttavia, se il ricovero è eseguito "fuori network" il rimborso delle rette di degenza sarà prestato fino ad un massimo di:

- primo giorno di ricovero: € 400,00 (anche in Day Hospital);
- ogni giorno successivo: € 300,00.

3. Spese rimborsabili nei 120 giorni successivi al ricovero

Esami, prestazioni mediche, onorari medici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché effettuati solo da professionisti operanti presso centro medico riconosciuto a termini di legge; cure termali con esclusione delle spese alberghiere e di trasferimento, purché conseguenti e resi indispensabili dall'evento considerato e prescritti da medico specialista all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

4. Parto senza taglio cesareo anche se avvenuto a domicilio

La Società rimborserà all'Assicurato, fino alla concorrenza di € 3.000,00, tutte le spese sostenute a fronte delle prestazioni, di cui al punto 2 della sezione B del presente Articolo, usufruite dall'Assicurato nei 3 giorni antecedenti e nei 3 giorni successivi al parto. Per ogni parto verrà applicata una franchigia di € 200,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

C) Servizio Sanitario Nazionale - Trasformabilità della prestazione

L'Assicurazione si intende prestata indipendentemente o ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

1. Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà, in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte nelle garanzie "A) e B)", un'indennità per ogni giorno di ricovero comprensivo di pernottamento di € 150,00 con il massimo di 300 giorni per sinistro, per nucleo familiare e per periodo assicurativo. In caso di intervento effettuato in regime di Day Hospital si applicherà una diaria di € 100,00 al giorno.

2. Nel caso in cui l'Assicurato, pur in presenza di un ricovero effettuato a carico del Servizio Sanitario Nazionale, debba sostenere in proprio spese per:

- Accertamenti diagnostici, ivi compresi gli onorari medici e visite specialistiche sostenuti nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- Accertamenti diagnostici, ivi compresi onorari medici e visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenuti nei 120 giorni successivi al termine del ricovero; e gli accertamenti suddetti siano resi indispensabili dall'evento considerato, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute e l'indennità di cui al punto 1 verrà ridotta a € 100,00 per ogni giorno di ricovero comprensivo di pernottamento, con il massimo di 300 giorni per sinistro, per nucleo familiare e per periodo assicurativo.

D) Ulteriori garanzie

1. Accompagnatore

La Società rimborsa le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 75,00 e con un massimo di 15 giorni sia in Italia che all'estero per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

2. Cure figli neonati ed adottati

La polizza, nel caso in cui entrambi i genitori risultino assicurati, opera anche nei confronti del neonato o del minore in affidamento preadottivo (senza necessità di loro indicazione sulla polizza) esclusivamente per i primi 6 mesi di vita o di affidamento limitatamente alle spese sostenute, durante il ricovero a seguito di infortunio o malattia. Per il solo neonato sono compresi anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

A parziale deroga dell'Art. 40 la garanzia è valida purché il parto o l'affidamento siano avvenuti trascorsi 300 giorni dalla data di decorrenza della copertura.

3. Cure dentarie da infortunio

A parziale deroga di quanto riportato nell'Art. 20, la Società, nel caso di cure dentarie conseguenti ad infortunio, rimborsa le spese sostenute nel limite di € 1.500,00 per periodo assicurativo, per persona o per nucleo familiare. Per ogni fattura verrà applicato uno scoperto del 30% con il minimo di € 55,00.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti il nesso tra infortunio e cure dentarie.

4. Chirurgia plastica, estetica e stomatologia ricostruttiva

A parziale deroga di quanto riportato nell'Art. 20, la Società rimborsa anche le spese per interventi di chirurgia plastica, estetica e stomatologia ricostruttiva su neonati (fino al compimento del 3° anno di età) purché conseguenti a neoplasie maligne o infortunio documentato da certificato di Pronto Soccorso. La Società rimborsa le spese sostenute a termini di polizza sino alla concorrenza di € 20.000,00.

5. Tossicodipendenza - Alcolismo - A.I.D.S.

Fermo restando che l'assicurazione cessa automaticamente nei confronti degli Assicurati che nel corso del contratto

diventassero tossicodipendenti o alcolisti o avessero contratto l'A.I.D.S., a parziale deroga dell'Art. 20, si conviene che:

- a) in caso di tossicodipendenza o alcolismo, qualora si sottoponga a cure di disintossicazione con ricovero presso Centri abilitati dalle competenti Autorità, in base alla vigente normativa, al recupero psicologico dei tossicodipendenti o degli alcolisti, la Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero, per un periodo massimo di 90 giorni, con il limite giornaliero di € 70,00. Questa estensione di garanzia vale solo per il primo ricovero. Terminato il periodo di ricovero e comunque decorsi 90 giorni dal giorno di inizio del ricovero stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure;
- b) in caso di A.I.D.S., la Società rimborsa sino alla concorrenza di € 7.000,00 le spese sostenute durante il ricovero per i 120 giorni successivi alla data in cui l'A.I.D.S. sia risultata in fase conclamata da documentazione medica.

Le garanzie sono prestate senza l'applicazione di alcun scoperto o franchigia.

6. Ricovero con carattere di urgenza effettuato in Italia

In caso di infortunio o malattia insorti improvvisamente e con modalità tali da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con Centrale Operativa Nobis, la garanzia opera senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia nei modi e nei termini previsti negli Artt. 19 e 26. Il riconoscimento del "carattere d'urgenza" si concretizza in caso di ricovero d'urgenza in rianimazione o comunque subito dall'Assicurato soccorso in stato d'incoscienza. Durante il ricovero, l'Assicurato o chi per esso dovrà mettersi in contatto con Centrale Operativa Nobis fornendo gli estremi della sua identificazione risultanti dalla sua Tessera Sanitaria. Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti l'urgenza del ricovero.

7. Ricovero con carattere di urgenza effettuato all'estero

In caso di infortunio o malattia insorti improvvisamente e con modalità tali da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con Centrale Operativa Nobis, la garanzia opera senza applicazione di alcun scoperto o franchigia nei modi e nei termini previsti negli Artt. 19 e 26. Il riconoscimento del "carattere d'urgenza" si concretizza in caso di ricovero d'urgenza in rianimazione o comunque subito dall'Assicurato soccorso in stato d'incoscienza. Durante il ricovero, l'Assicurato o chi per esso dovrà mettersi in contatto con Centrale Operativa Nobis fornendo gli estremi della sua identificazione risultanti dalla sua Tessera Sanitaria. Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso che attesti l'urgenza del ricovero.

Art. 20 – PERSONE ASSICURABILI – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI NEL NOVERO DEGLI ASSICURATI - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Sono singolarmente assicurabili tutte le persone incluse nello "stato di famiglia" purché conviventi. Con esplicita pattuizione contrattuale il Contraente potrà far rientrare nel nucleo familiare una persona non inclusa nello stato di famiglia purché convivente e domiciliata presso lo stesso. I familiari risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato debbono essere inseriti contestualmente al Contraente oppure alla prima scadenza annua utile previa compilazione e relativa valutazione del questionario sanitario. L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla data di decorrenza della copertura per il Contraente è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite; in questo caso il coniuge o il convivente oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 30 (trenta) giorni dalla data di certificazione della variazione dello stato di famiglia oppure alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso. Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 21 – COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

In relazione alle garanzie assicurative resta convenuto tra le parti quanto segue. Sono sempre escluse le prestazioni sanitarie non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni vigenti.

Sono sempre escluse le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto non esplicitamente indicati sul questionario sanitario redatto all'atto della stipula del contratto.

Non sono, inoltre, risarcibili le spese per:

- acquisto di montatura di occhiali e lenti anche a contatto;
- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport e/o hobbies aerei; di infortuni subiti in occasione della pratica del 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 autorespirazione;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- acquisto di farmaci/medicinali e di presidi ortopedici (ove non specificamente inclusi in garanzia);
- trattamenti di medicina alternativa (fitoterapia, agopuntura);
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- aborto volontario;
- lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- i risarcimenti da gravidanza prima di 300 giorni a far tempo dalla data di sottoscrizione (o dalla successiva data di inserimento in garanzia);

- amniocentesi e villocentesi effettuati su donne di età inferiore a 35 anni in assenza delle seguenti circostanze di rischio (Indicazioni alla Diagnosi Prenatale (Gazzetta Ufficiale 20/10/1998);
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico;
- genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità;
- anomalie malformative evidenziate ecograficamente; probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità;
- le visite, le cure e le protesi dentarie ed ortodontiche, l'impiantologia.

Art. 22 – PERSONE NON ASSICURABILI PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi 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. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 46 – Dichiarazioni dell'Assicurato.

Art. 23 – FRANCHIGIA SUI RICOVERI PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Il rimborso delle spese di cui all'Art. 19 lettera A) e B) verrà effettuato come segue:

- senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento fossero effettuate in Network;
- nei soli casi in cui le prestazioni per ricovero (con o senza intervento) fossero effettuate in istituti di cura e/o con medici non compresi in Network, verrà applicato uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 5.000,00 per ciascun ricovero;
- nel caso le prestazioni erogate fossero quelle descritte alla:
- Art. 1 lettera A) punto 4 capoverso I
- Art. 1 lettera A) punto 5
- Art. 1 lettera B) punto 4

Il rimborso da parte della Società avverrà secondo le modalità indicate e non sarà oggetto ad ulteriore franchigia e/o scoperto;

- qualora la prestazione per ricoveri (con o senza intervento), rese al di fuori delle convenzioni intrattenute da Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con il Network, riguardassero solo quelle dei medici, si applica lo scoperto del 25% con un minimo di € 500,00 al totale del sinistro;
- qualora le suddette prestazioni, rese al di fuori delle convenzioni intrattenute da Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con il Network riguardassero solo quelle della clinica/Azienda Ospedaliera Pubblica si applica lo scoperto del 15% con un minimo di € 700,00 al totale del sinistro.

Art. 24 – LIMITE DELLE PRESTAZIONI PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Le garanzie di cui all'Art. 19 – Rimborso spese mediche a seguito di ricovero in istituto di cura, sono complessivamente prestate entro il limite massimo di € 300.000,00 per sinistro, per periodo assicurativo e per nucleo familiare.

Art. 25 – RIEPILOGO FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Garanzia	Franchigia	Scoperti	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Spese di cura in Istituti di Cura non compresi nel Network	-	25%	Euro 5.000 per ciascun ricovero con il minimo di Euro 1.000
Prestazione medici al di fuori del Network	-	25%	Euro 500 minimo
Spese ricovero in Clinica/Azienda Ospedaliera al di fuori Network	-	15%	Euro 700 minimo
Ricovero intramoenia	-	-	Euro 55 giornalieri
Spese per parto, aborto terapeutico, parto gemellare o podalico	Euro 250	-	Euro 5.000
Chirurgia refrattiva	Euro 250	-	Euro 1.500
Intervento chirurgo in strutture al di fuori del Network	Euro 250	-	Euro 3.000; Euro 5.000
Meniscectomia	Euro 250	-	Euro 7.000

Rette di degenza	-	-	Euro 400 per primo giorno; Euro 300 per ogni giorno successivo al ricovero
Parto senza taglio cesareo	Euro 200	-	Euro 3.000
Ricovero senza intervento al di fuori Network	-	25%	Euro 5.000; minimo euro 1.000
Rimborso Servizio Sanitario Nazionale	-	-	Euro 150 (100 accertamenti resi necessari) giornalieri
Diaria day-hospital	-	-	Euro 100 giornalieri
Accompagnatore	-	-	Euro 75
Cure dentarie da infortunio	-	30%	Euro 1.500; minimo euro 55
Chirurgia plastica, estetica e somatologica	-	-	Euro 20.000
Spese ricovero per tossicodipendenza e alcolismo	-	-	Euro 70 giornalieri
Spese di ricovero sostenute in caso di A.I.D.S.	-	-	Euro 7.000

CAPITOLO 2 – SECOND OPINION

Art. 26 – COSA COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE SECOND OPINION

(Garanzia sempre operante)

Il servizio "Second Opinion" permette di accedere per il tramite della Centrale Operativa Nobis alla consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri Medico Specialistici di eccellenza internazionale.

Il servizio "Second Opinion" è prestato con riferimento alle seguenti condizioni patologiche diagnosticate presso strutture sanitarie autorizzate:

- Malattie cardiovascolari;
- Malattie cerebrovascolari (ictus);
- Cecità;
- Sordità;
- Afasia (perdita della parola);
- Tumori maligni;
- Insufficienza renale;
- Trapianto di organo;
- Sclerosi multipla;
- Paralisi;
- Malattia di Parkinson;
- Gravi ustioni;
- Coma.

Il servizio "Second Opinion" consiste in una consulenza medica a distanza, prestata da specialisti che operano presso Centri Medico Specialistici di eccellenza internazionale. Tale consulenza si concretizza in un protocollo diagnostico terapeutico avente la finalità di supporto dell'Assicurato e del suo Medico Curante nell'individuazione del percorso di diagnosi e cura.

Art. 27 – PERSONE ASSICURABILI – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI NEL NOVERO DEGLI ASSICURATI - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI PER IL SETTORE SECOND OPINION

Sono singolarmente assicurabili tutte le persone incluse nello "stato di famiglia" purché conviventi. Con esplicita pattuizione contrattuale il Contraente potrà far rientrare nel nucleo familiare una persona non inclusa nello stato di famiglia purché convivente e domiciliata presso lo stesso. I familiari risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato debbono essere inseriti contestualmente al Contraente oppure alla prima scadenza annua utile previa compilazione e relativa valutazione del questionario sanitario. L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla data di decorrenza della copertura per il Contraente è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite; in questo caso il coniuge o il convivente oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 30 (trenta) giorni dalla data di certificazione della variazione dello stato di famiglia oppure alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso. Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 28 – COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

In relazione alle garanzie assicurative resta convenuto tra le parti quanto segue. Sono sempre escluse le prestazioni sanitarie non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni vigenti.

Sono sempre escluse le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto non esplicitamente indicati sul questionario sanitario redatto all'atto della stipula del contratto.

Non sono, inoltre, risarcibili le spese per:

- acquisto di montatura di occhiali e lenti anche a contatto;
- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;

- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport e/o hobbies aerei; di infortuni subiti in occasione della pratica del 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 autorespirazione;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- acquisto di farmaci/medicinali e di presidi ortopedici (ove non specificamente inclusi in garanzia);
- trattamenti di medicina alternativa (fitoterapia, agopuntura);
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- aborto volontario;
- lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- i risarcimenti da gravidanza prima di 300 giorni a far tempo dalla data di sottoscrizione (o dalla successiva data di inserimento in garanzia);
- amniocentesi e villocentesi effettuati su donne di età inferiore a 35 anni in assenza delle seguenti circostanze di rischio (Indicazioni alla Diagnosi Prenatale (Gazzetta Ufficiale 20/10/1998):
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico;
- genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità;
- anomalie malformative evidenziate ecograficamente;
- probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità;
- le visite, le cure e le protesi dentarie ed ortodontiche, l'impiantologia.

Art. 29 – PERSONE NON ASSICURABILI PER IL SETTORE SECOND OPINION

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 46 – Dichiarazioni dell'Assicurato.

Art. 30 – LIMITAZIONI PER IL SETTORE SECOND OPINION

La garanzia è soggetta alle seguenti limitazioni:

- una prestazione per patologia, con il massimo di due prestazioni per persona per periodo assicurativo per patologie diverse;
 - sei prestazioni per persona per l'intera durata del contratto;
- ed esclusioni:
- tutte le malattie preesistenti che si siano manifestate nei cinque anni precedenti alla stipula della polizza;
 - malattie congenite o H.I.V. correlate.

CAPITOLO 3 – CRITICAL ILLNESS

Art. 31 – COSA COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE CRITICAL ILLNESS

(Garanzia sempre operante)

A) Oggetto della prestazione

Con il Settore "Critical Illness" la Società si impegna a pagare all'Assicurato una prestazione in forma capitale pari a € 10.000,00 (diecimila euro) se, nel corso della copertura assicurativa prestata con il presente contratto, viene diagnosticata all'Assicurato una delle malattie gravi di seguito indicate.

Qualora alla richiesta della prestazione l'Assicurato avesse compiuto i 50 anni di età, la suddetta prestazione in forma capitale verrà ridotta a € 7.500,00 (settemilacinquecento euro).

B) Malattie gravi determinanti l'attivazione della garanzia

Ai fini della presente copertura sono considerate malattie gravi le seguenti patologie, diagnosticate ed operate, presso strutture sanitarie autorizzate da parte di medici specialisti:

Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco come conseguenza di un apporto insufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di ciascuno dei seguenti criteri:

1. storia clinica del tipico dolore cardiaco;
2. alterazioni elettrocardiografiche specifiche;
3. alterazione degli enzimi cardiaci.

È esclusa dalla garanzia la "Sindrome coronarica acuta" nonché un aumento della Troponina T ed I senza sopra livellamento del tratto ST.

Ictus

Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale che ha prodotto un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda infarto del tessuto cerebrale, emorragia ed embolizzazione da fonte extracranica.

Deve esservi prova di deficit neurologico di durata pari ad almeno 3 mesi.

Oltre a quanto non rientra nella già menzionata definizione sono esclusi dalla garanzia l'ischemia transitoria (TIA) ed il deficit neurologico conseguente ad emicrania.

Intervento chirurgico sulle arterie coronarie

Intervento chirurgico a cuore aperto per correggere il restringimento o occlusione di due o più coronarie con innesti di bypass. La necessità dell'intervento deve essere provata mediante esame coronarografico. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser nonché l'intervento mediante la tecnica del key-hole.

Tumore

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. Si intendono coperti la leucemia e le forme maligne del sistema linfatico come la malattia di Hodgkin (escluso lo stadio 1). Dalla garanzia sono esclusi la neoplasia intraepiteliale della cervice (CIN) ogni cancro non invasivo (cancro in situ), qualsiasi cancro allo stadio pre-maligno, il cancro alla prostata allo stadio A, qualsiasi cancro della pelle più il melanoma maligno allo stadio IA e ogni tumore maligno in presenza di HIV.

Insufficienza renale

Malattia renale terminale che si presenta come una perdita irreversibile della funzionalità di entrambi i reni, con l'Assicurato sottoposto a dialisi peritoneale o emodialisi regolare o già sottoposto a trapianto renale.

Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas, rene o midollo osseo.

Art. 32 – OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA PER IL SETTORE CRITICAL ILLNESS

La garanzia è operante a condizione che l'evento patologico abbia determinato prestazione diretta o effettivamente rimborsabile ai sensi dell'Art. 19 e che la richiesta della prestazione "Critical Illness" pervenga all'Ispettorato sinistri Malattia Nobis, Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB) - numero telefonico 039 9890040 - entro 30 giorni lavorativi dalla effettiva data di diagnosi. La prestazione in forma di capitale, in quanto sostegno economico addizionale all'Assicurato oggetto di cure, è strettamente legata alla persona e verrà riconosciuta solo all'Assicurato stesso, in vita al momento dell'erogazione, intendendosi con questo che il diritto alla stessa non è cedibile a terzi e si estingue alla morte dell'Assicurato stesso.

Art. 33 – PERSONE ASSICURABILI - INCLUSIONI ED ESCLUSIONI NEL NOVERO DEGLI ASSICURATI - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI PER IL SETTORE CRITICAL ILLNESS

Sono singolarmente assicurabili tutte le persone incluse nello "stato di famiglia" purché conviventi. Con esplicita pattuizione contrattuale il Contraente potrà far rientrare nel nucleo familiare una persona non inclusa nello stato di famiglia purché convivente e domiciliata presso lo stesso. I familiari risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato debbono essere inseriti contestualmente al Contraente oppure alla prima scadenza annua utile previa compilazione e relativa valutazione del questionario sanitario. L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla data di decorrenza della copertura per il Contraente è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite; in questo caso il coniuge o il convivente oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 30 (trenta) giorni dalla data di certificazione della variazione dello stato di famiglia oppure alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso. Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 34 – COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE CRITICAL ILLNESS

In relazione alle garanzie assicurative resta convenuto tra le parti quanto segue. Sono sempre escluse le prestazioni sanitarie non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni vigenti.

Sono sempre escluse le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto non esplicitamente indicati sul questionario sanitario redatto all'atto della stipula del contratto.

Non sono, inoltre, risarcibili le spese per:

- acquisto di montatura di occhiali e lenti anche a contatto;
- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport e/o hobbies aerei; di infortuni subiti in occasione della pratica del 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 autorespirazione;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- acquisto di farmaci/medicinali e di presidi ortopedici (ove non specificamente inclusi in garanzia);
- trattamenti di medicina alternativa (fitoterapia, agopuntura);
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;

- aborto volontario;
- lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- i risarcimenti da gravidanza prima di 300 giorni a far tempo dalla data di sottoscrizione (o dalla successiva data di inserimento in garanzia);
- amniocentesi e villocentesi effettuati su donne di età inferiore a 35 anni in assenza delle seguenti circostanze di rischio (Indicazioni alla Diagnosi Prenatale; Gazzetta Ufficiale 20/10/1998);
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico;
- genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità;
- anomalie malformative evidenziate ecograficamente;
- probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità;
- le visite, le cure e le protesi dentarie ed ortodontiche, l'impiantologia.

Art. 35 – PERSONE NON ASSICURABILI PER IL SETTORE SECOND OPINION

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi 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. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 46 – Dichiarazioni dell'Assicurato.

Art. 36 – RIEPILOGO FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO PER IL SETTORE RIMBORSO CRITICAL ILLNESS

Garanzia	Franchigia	Scoperti	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Critical Illness	–	–	Euro 10.000 (7.500 se Assicurato ha compiuto 50 anni)

CAPITOLO 4 – ASSISTENZA

Art. 37 – ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA PER IL SETTORE ASSISTENZA

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Centrale Operativa.

Art. 38 – COSA COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE ASSISTENZA

(Garanzia sempre operante)

I servizi di Assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa Nobis - Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB).

1. Prestazioni

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sottoindicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di sinistro oggetto di risarcimento.

2. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia dell'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

3. Invio di un medico generico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

4. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

5. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato e rientro

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Centrale Operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;

- aereo sanitario (solo per i Paesi Europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Centrale Operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

Alla dimissione dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Centrale Operativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società fino ad un importo massimo di € 10.000,00, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

6. Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al proprio domicilio, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di rientrare al proprio domicilio.

La Società terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 150,00 per sinistro.

7. Invio di un infermiere in Italia

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro di un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere professionale, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo € 250,00 compressivo per sinistro.

8. Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato in viaggio da solo necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di recarsi presso l'Assicurato ricoverato.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

9. Rientro sanitario

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

La Società, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Art. 39 – COSA NON COMPRENDE L'ASSICURAZIONE PER IL SETTORE ASSISTENZA

Tutte le prestazioni di Assistenza (cioè, prestate ai sensi delle garanzie di cui all'Art. 37 non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce;
- accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidino-slitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie nervose e mentali;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
- ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche;

- il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
- l'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Centrale Operativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso;
- la polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 40 – RIEPILOGO FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO PER IL SETTORE ASSISTENZA

Garanzia	Franchigia	Scoperti	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato e rientro	-	-	Euro 10.000
Trasporto in auto-ambulanza o taxi in seguito a dimissione	-	-	Euro 250
Rientro salma	-	-	Euro 100 giornalieri

CAPITOLO 5 – GARANZIA OPZIONALE - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Art. 41 – GARANZIE AGGIUNTIVE PER IL SETTORE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

(Garanzia facoltativa, operante a condizione che venga corrisposto il relativo premio e risulti sulla scheda di polizza)

A) Alta diagnostica

La Società, previa prescrizione effettuata da medico specialista indicante la patologia o il sospetto patologico, rimborsa all'Assicurato nel limite del massimale convenuto pari a € 5.000,00 per sinistro per periodo assicurativo e per nucleo familiare le prestazioni specialistiche qui di seguito elencate:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, etc.);
- Risonanza magnetica nucleare;
- TAC;
- Medicina nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, etc.);
- Coronografia;
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, etc.);
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- Esofago-Gastro-duodenoscopia;
- Retto-Colonscopia;
- Broncoscopia;
- Cistoscopia;
- Scintigrafia.

Per ogni prestazione verrà applicato uno scoperto del 25% con un minimo di € 100,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato, sia che la prestazione venga erogata nell'ambito del Network, sia che venga erogata da strutture non convenzionate.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

B) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (esclusa alta diagnostica)

La Società rimborsa, entro un limite massimo per prestazione di € 200,00, le spese per:

- onorari per visite specialistiche ambulatoriali o domiciliari, anche in regime di intramoenia;
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio in genere;

purché tali visite ed esami siano conseguenti a malattia o a infortunio e comunque con l'esclusione delle visite pediatriche, ginecologiche, oculistiche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Per ogni prestazione verrà applicato uno scoperto del 30% con il minimo di € 55,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato, sia che la prestazione venga erogata nell'ambito del Network, sia che venga erogata da strutture non convenzionate.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni su indicate è pari a € 1.600,00 per persona e per nucleo familiare.

C) Aumento massimale per assenza sinistri

Resta convenuto che a ogni scadenza annuale intermedia i limiti di risarcimento previsti nel presente Settore – Prestazioni specialistiche extra-ricovero vengono ridefiniti nel seguente modo:

- se nel corso dell'annualità di polizza trascorsa non sono avvenuti e/o denunciati sinistri risarcibili ai sensi del presente Settore, se non il rimborso di tickets sanitari relativi a prestazioni effettuate in ambito SSN, il limite di € 5.000,00 relativo alla garanzia di cui al punto A "Alta diagnostica" si intende aumentato a € 7.000,00 per l'annualità successiva e il limite di € 1.600,00 relativo alla garanzia di cui al punto 2 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (esclusa Alta diagnostica)" si intende aumentato a € 2.100,00 sempre per l'annualità successiva;
- se nel corso dell'annualità di polizza trascorsa sono avvenuti e/o denunciati sinistri risarcibili ai sensi del presente settore (con esclusione dei tickets sanitari) il limite di € 5.000,00 relativo alla garanzia di cui alla lettera A) "Alta diagnostica" e il limite di € 1.600,00 relativo alla garanzia di cui al punto 2 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (esclusa Alta diagnostica)" si intendono confermati per l'annualità successiva.

Art. 42 – PERSONE ASSICURABILI – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI NEL NOVERO DEGLI ASSICURATI - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI PER IL SETTORE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Sono singolarmente assicurabili tutte le persone incluse nello "stato di famiglia" purché conviventi. Con esplicita pattuizione contrattuale il Contraente potrà far rientrare nel nucleo familiare una persona non inclusa nello stato di famiglia purché convivente e domiciliata presso lo stesso. I familiari risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato debbono essere inseriti contestualmente al Contraente oppure alla prima scadenza annua utile previa compilazione e relativa valutazione del questionario sanitario. L'inclusione dei familiari in un momento successivo alla data di decorrenza della copertura per il Contraente è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuove nascite; in questo caso il coniuge o il convivente oppure il neonato potranno essere inseriti in polizza entro 30 (trenta) giorni dalla data di certificazione della variazione dello stato di famiglia oppure alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso. Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 43 – CHE COSA NON COMPRENDONO LE GARANZIE AGGIUNTIVE PER IL SETTORE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

In relazione alle garanzie assicurative resta convenuto tra le parti quanto segue. Sono sempre escluse le prestazioni sanitarie non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni vigenti.

Sono sempre escluse le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto non esplicitamente indicati sul questionario sanitario redatto all'atto della stipula del contratto.

Non sono, inoltre, risarcibili le spese per:

- acquisto di montatura di occhiali e lenti anche a contatto;
- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport e/o hobbies aerei; di infortuni subiti in occasione della pratica del 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 autorespirazione;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- acquisto di farmaci/medicinali e di presidi ortopedici (ove non specificamente inclusi in garanzia);
- trattamenti di medicina alternativa (fitoterapia, agopuntura);
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- aborto volontario;
- lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita;
- i risarcimenti da gravidanza prima di 300 giorni a far tempo dalla data di sottoscrizione (o dalla successiva data di inserimento in garanzia);
- amniocentesi e villocentesi effettuati su donne di età inferiore a 35 anni in assenza delle seguenti circostanze di rischio (Indicazioni alla Diagnosi Prenatale;
- Gazzetta Ufficiale 20/10/1998);
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico;
- genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità;
- anomalie malformative evidenziate ecograficamente;
probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole regioni e sottoposti a verifica continua della qualità;
- le visite, le cure e le protesi dentarie ed ortodontiche, l'impiantologia.

Art. 44 – PERSONE NON ASSICURABILI PER IL SETTORE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRARICOVERO

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi 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.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 46 – Dichiarazioni dell'Assicurato.

Art. 45 – RIEPILOGO FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO PER IL SETTORE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA RICOVERO

Garanzia	Franchigia	Scoperti	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Alta diagnostica	-	25%	Euro 5.000 (7.000 annualità precedenti); minimo euro 100
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	-	30%	Euro 200 per prestazione; Euro 1.600 per anno assicurativo (2.100 annualità precedente); minimo euro 55

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 46 – DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO - QUESTIONARIO SANITARIO PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

All'atto della sottoscrizione della polizza il Contraente fornisce in originale il questionario sanitario per ogni singolo Assicurato. I questionari devono essere compilati in ogni loro parte e firmati dall'Assicurato o per i minori dal genitore o da chi ne fa le veci. Per ogni singolo Assicurato, la controfirma e timbro del questionario dal/i medico/i di famiglia che abbia/abbiano prestato l'assistenza sanitaria di base nei due anni almeno precedenti alla stipula del contratto ridurrà il periodo di aspettativa – carenza nei termini di cui al precedente Art. 5, tale riduzione del periodo di aspettativa – carenza è subordinata alla trasmissione del questionario completo di firma e timbro del medico di famiglia entro 15 giorni lavorativi dalla data di sottoscrizione del contratto. Qualora il medico di famiglia introducesse delle modifiche/integrazioni ai contenuti delle risposte fornite dall'Assicurato tramite il questionario, la copertura assicurativa si intende sospesa fino alla conferma/modifica del contratto concordata tra le parti. Trascorsi trenta giorni lavorativi dalla data di sospensione le parti avranno facoltà di annullare il contratto o la copertura prestata al singolo Assicurato; in questo caso la Società restituirà al Contraente la parte di premio pagata e non goduta al netto degli oneri fiscali.

I questionari formano parte integrante dell'emittendo contratto e quindi le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del questionario sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Analogamente, sono rilevanti ai sensi degli Artt. 1892 - 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni del Contraente controfirmate sulla scheda di polizza e relative a:

- condizioni di non assicurabilità;
- assenze di polizza malattie annullate e per sinistro nel quinquennio precedente.

Art. 47 – DENUNCIA E PAGAMENTO DEL SINISTRO PRESTAZIONE INDIRETTA – RIMBORSO DELL'ASSICURATO PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRARICOVERO

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, in originale unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella completa.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate dal medico, corredate dalla relativa diagnosi, nonché fatturate da un istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che li giustifichi.

Art. 48 – CIRCUITO INTERNAZIONALE DI CLINICHE CONVENZIONATE PER IL SETTORE RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

In caso di patologia manifestatasi all'estero e di necessità di un ricovero in loco, con o senza intervento chirurgico, l'Assicurato deve immediatamente contattare la Centrale Operativa Nobis al numero verde 800 894 149 per le chiamate dall'Italia ed al numero nero +39 039 9890722 per le chiamate dall'estero.

Centrale Operativa Nobis, dopo il contatto telefonico con l'Assicurato, provvederà a dare incarico al proprio corrispondente di organizzare le necessarie visite e verifiche e a organizzare il ricovero presso una struttura ospedaliera idonea in loco.

In caso di ricovero ospedaliero per una patologia indennizzabile a termini di polizza, Centrale Operativa Nobis autorizzerà il pagamento diretto delle spese mediche dell'Assicurato; qualora Centrale Operativa Nobis non possa autorizzare il pagamento diretto delle spese mediche, il sinistro, se indennizzabile, sarà rimborsato come previsto dalle Condizioni di polizza.

Art. 49 – COMPOSIZIONE DELLA RETE PER IL SETTORE SECOND OPINION

Il servizio "Second Opinion" viene fornito con il supporto di partners specializzati nel settore dell'analisi e gestione dei dati clinici attraverso i quali avviene l'accesso ai centri medici internazionali. La composizione della rete di tali centri può subire variazioni nel tempo.

Art. 50 – ATTIVAZIONE PRESTAZIONE PER IL SETTORE SECOND OPINION

Per l'attivazione del servizio di Second Opinion l'Assicurato deve:

- contattare Centrale Operativa Nobis al numero verde 800 894149 per le chiamate dall'Italia ed al numero +39 039 9890722 per le chiamate dall'estero. Al fine di valutare l'operatività della garanzia;
- inviare a ispettorato sinistro Malattia Nobis, Viale Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB) o contattare al numero 039 9890040 tutta la propria documentazione sanitaria (cartella clinica, referti analisi, lastre radiografiche, TAC, RMN, ecc), ritenuta utile per l'analisi del caso, indicando eventualmente il medico curante cui fare riferimento.

Successivamente:

- la documentazione viene esaminata dallo staff medico della Centrale Operativa Nobis che ne valuta la completezza e se necessario chiarisce con Assicurato e/o medico curante i quesiti clinici di cui si chiede risposta;
- lo staff medico cura la preparazione e la traduzione dei file del dossier clinico in accordo con gli standard richiesti dai centri di eccellenza;
- una volta completato il dossier clinico viene trasmesso alla centrale operativa internazionale che in funzione della/e patologia/e e dei quesiti clinici, assegna il caso alla struttura di eccellenza ottimale nella disciplina specifica e coordina gli interventi dei vari specialisti necessari;
- il rapporto diagnostico-terapeutico, redatto dagli specialisti del centro di eccellenza, viene inviato a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. attraverso la centrale operativa internazionale;

- Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. riceve relazione medica riguardo il caso e provvede all'inoltramento della stessa all'Assicurato e/o al Medico Curante da lui indicato. Se richiesto, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. predispone la traduzione della relazione medica in italiano. Contestualmente viene restituita tutta la documentazione medica. La prestazione "Second Opinion" verrà erogata entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione (o delle integrazioni richieste) oppure entro tale periodo verranno comunicate all'Assicurato, in forma scritta, le motivazioni di impossibilità a fornire la prestazione medesima.

Resta in ogni caso esclusa ogni responsabilità della Società in merito alle valutazioni medico-sanitarie della consulenza redatta dai medici specialisti. La "Second Opinion" non deve in alcun modo sostituirsi al parere del medico di fiducia di cui egli deve fare riferimento.

Art. 51 – FORNITURA DELLA PRESTAZIONE PER IL SETTORE CRITICAL ILLNESS

Per accedere alla prestazione l'Assicurato deve presentare richiesta scritta (Raccomandata RR) all'ispettorato sinistro Malattia Nobis Viale Colleoni, 21 – 20864 Agrate Brianza (MB) - o contattare il numero 039 9890040, allegando:

- copia completa della documentazione sanitaria pertinente l'evento patologico in oggetto (cartella clinica, referti analisi, lastre radiografiche, TAC, RMN, ecc.);

- riferimento (Istituto di Cura, Medico curante, etc.) a cui inoltrare eventuale richiesta di documentazione integrativa;

- le Coordinate Bancarie di C/C intestato all'Assicurato (CAB - ABI - n° C/C, il tutto secondo codifiche IBAN – Coordinate Bancarie Internazionali - obbligatorie da settembre 2003).

Eventuali richieste di ulteriore documentazione verranno comunicate da Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della documentazione medica. Entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione (o delle integrazioni richieste) Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. darà riscontro all'Assicurato della disposizione del bonifico per l'intero importo indicato all'Art. 5 oppure comunicherà in forma scritta le motivazioni di impossibilità a fornire tale servizio.

Il capitale di cui all'Art. 5 lettera A) della presente sezione è costante per tutta la durata del contratto e verrà corrisposto, per ogni Assicurato, una sola volta per tutta la durata dello stesso e di eventuali rinnovi.

Nessun pagamento sarà quindi dovuto alla diagnosi di una seconda malattia grave.

Art. 52 – RICHIESTA DI ASSISTENZA PER IL SETTORE ASSISTENZA

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo a:

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

- Numero verde: 800894129

- per chiamate dall'estero può comporre il seguente numero: +39 039 9890708

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita;

2. nome e cognome;

3. numero di polizza;

4. indirizzo del luogo in cui si trova;

5. il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornire integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Art. 53 – CONTROVERSIE PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

In caso di controversie di natura medica sulla risarcibilità delle spese e/o sulla entità dei risarcimenti o indennizzi è data facoltà alle parti, ove entrambe consenzienti, a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi delle indennità a norma e nei limiti delle condizioni di assicurabilità, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove risiede l'Assicurato.

Ciascun interessato sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese per competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per gli interessati anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 54 – VALUTA DI PAGAMENTO PER I SETTORI RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, SECOND OPINION, CRITICAL ILLNESS, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRA-RICOVERO

Le indennità e i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro.

Nel caso di spese sostenute non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

Art. 55 – LIQUIDAZIONE DEL DANNO/PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO/MOTIVI DI CONTESTAZIONE

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

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

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

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

Art. 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

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