



SPAZIO SALUTE

MODELLO 84 - 2026.001 - EDIZIONE: FEBBRAIO 2026

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MALATTIA INDENNITARIA

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale



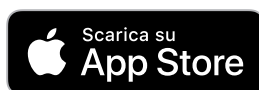
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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

- ✓ tutte le polizze sottoscritte con la
documentazione contrattuale
- ✓ i dati dell'intermediario sempre a disposizione
- ✓ uno spazio semplice per gestire i sinistri



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



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI



DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Spazio salute

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?

È la polizza che tutela il tuo benessere in caso di malattia o infortunio, nella vita privata e in quella lavorativa.

Si rammenta che le coperture operanti saranno quelle risultanti dal Modulo di Polizza sottoscritto dal Contraente e dal Modulo di Adesione sottoscritto dall'Assicurato.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ Infortuni e malattia

L'assicurazione vale per le malattie contratte dall'Assicurato e gli infortuni che lo stesso subisca nello svolgimento della propria attività professionale e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità. Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi, tumulti popolari e vandalismo a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva.

✓ Condizioni Aggiuntive

La Società si impegna a raddoppiare gli importi degli indennizzi previsti per la prestazione Indennità Chirurgica e Diaria da ricovero.

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:

- ✗ Infortuni subiti alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.
- ✗ Malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza, o gli interventi conseguenza di infortuni occorsi prima della stipulazione della polizza.
- ✗ L'elenco completo delle esclusioni relative ad ogni singolo settore è riportato nei documenti precontrattuali e contrattuali.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

- ! La diaria da ricovero è stabilita in 50€ per un massimo di 120 giorni. Questa è raddoppiata a 100€ qualora fossero attivate le Condizioni Aggiuntive, sempre per un limite temporale di 120 giorni
- ! 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. 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 ha durata annuale o poliennale per un massimo di 5 anni. 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.

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

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

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

Qualora il contratto abbia una durata superiore a cinque anni, il Contraente trascorso il quinquennio può esercitare la facoltà di recesso dal contratto con un preavviso di 60 giorni dalla scadenza annua di polizza.



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 MULTIRISCHI

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



Prodotto: Spazio Salute
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?

Malattia

L'assicurazione vale per le spese sostenute dall'Assicurato in merito alle malattie da egli contratte e gli infortuni che lo stesso subisca nello svolgimento della propria attività professionale e/o di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità. Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi causati da:

- Imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi
- Tumulti popolari e vandalismo a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva
- Aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato
- Asfissia o soffocamento non di origine morbosa
- Avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze
- Lesioni provocate da improvviso contatto con corrosivi
- Morsi di animali, punture di insetti o di aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari
- Annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche

Il rimborso spese di cura si intende valido per:

- Accertamenti diagnostici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura
- Onorario del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento
- Assistenza medica, infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e medicinali utili durante il ricovero
- Le cure termali, inerenti e conseguenti al ricovero o all'intervento chirurgico
- Rette di degenza
- Trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio per il ricovero o per l'intervento e trasporto al suo domicilio successivo alla dimissione
- Trapianto di organi o di parte di essi per le prestazioni sanitarie rese necessarie sul donatore
- Prestazioni sanitarie successive per le cure al neonato successive al parto
- Vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera
- Per le spese o per l'eccedenza di spese sostenute in proprio dall'Assicurato stesso nel caso di prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale

La copertura assicurativa prevede le seguenti prestazioni: Indennità chirurgica, se l'infortunio comporta un intervento chirurgico tra quelli riportati nelle Condizioni di Assicurazione, anche se effettuato in regime di day hospital o ambulatorio; Diaria da ricovero senza intervento

È possibile integrare le garanzie elencate attraverso l'inclusione della seguente Condizione aggiuntiva: Raddoppio degli indennizzi, gli indennizzi previsti per la prestazione "Indennità chirurgica" si intendono raddoppiati



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Malattia

Premesso che non rientrano nella copertura assicurativa le malattie preesistenti alla data di effetto della Polizza, salvo che l'Assicurato non ne fosse a conoscenza, nonché gli interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza. Sono esclusi dall'assicurazione i seguenti casi e le loro conseguenze:

- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso
- Malattie e infortuni dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, abuso di alcolici o psicofarmaci, uso di droghe, allucinogeni, stupefacenti
- Infortuni derivanti da:
 - Sports praticati professionalmente o non professionalmente, indicati nelle Condizioni di Assicurazione
 - Uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove
 - Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione
 - Uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani e ultraleggeri, non eserciti da Società di traffico aereo regolare
 - Partecipazione a competizioni ippiche, calcistiche, ciclistiche e relative prove, salvo che esse abbiano carattere ricreativo
 - Partecipazione a sport aerei in genere compresi paracadutismo e parapendio
 - Movimenti tellurici, alluvioni, eruzioni vulcaniche ed altre calamità naturali
 - Guerra e insurrezioni ed operazioni militari ed atti terroristici;
- Infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività professionali indicate nelle Condizioni di Assicurazione
- Malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite
- Interruzione volontaria della gravidanza e conseguenze che ne possono derivare
- Applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio, malattia o da interventi demolitivi
- Trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche
- Terapie omeopatiche e fitopatiche, medicina alternativa, terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale o sperimentale
- Cure dentarie od ortodontiche e delle parodontopatie
- Conseguenze dirette o indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche
- Sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici
- Controlli di routine e/o check-up
- Stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V.
- Terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché procedure ed interventi finalizzati alla fecondità assistita
- Chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser ed eccimeri salvo nei casi di anisometropia
- Le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della polizza
- Interventi presso strutture prive delle prescritte autorizzazioni
- Affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- Alcolismo;
- Tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Periodi di carenza, limitazioni, esclusioni e rivalse del Settore Malattia

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 relative alle garanzie prestate:

- Indennità chirurgica – le somme previste per l'indennizzo sono corrisposte nella misura del 50%, qualora l'intervento chirurgico avvenga presso una struttura del S.S.N.
- Diaria da ricovero – l'indennità è riconosciuta in misura pari a 50€, o al 100€ nel caso fossero richiamate in Polizza le Condizioni Aggiuntive, a partire dal quarto giorno di ricovero per una durata massima di 120 giorni.
- Parto non cesareo – l'indennità è limitata a un massimo di tre giorni.
- Non possono sottoscrivere l'assicurazione i soggetti che al momento del termine della durata contrattuale dovrebbero avere un'età superiore ai 70 anni.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il prodotto Spazio Salute è rivolto a persone fisiche di età inferiore ai 70 anni, che intendono assicurarsi contro infortuni subiti nel corso dell'attività professionale o extra professionale o 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) – Tel. 039.9890001 – reclami@nobis.it. La risposta al reclamo verrà effettuata entro 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia. Gli importi versati dall'Assicurato a titolo di premio sono detraibili al 19% nei seguenti casi e alle seguenti condizioni. Infortuni (Ramo 1 e Ramo 3 se il conducente è identificato in polizza): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5 per cento, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti. Infortuni (Ramo 1): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL). In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile
---	---

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

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

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

INFORMATIVA IN MERITO ALLE DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI E LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE	1
SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	2
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	4
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	4
Art. 2 – Pagamento del premio	4
Art. 3 – Termine, rinnovo, disdetta e recesso in caso di sinistro.....	4
Art. 4 – Altre assicurazioni	4
Art. 5 – Modifiche dell'assicurazione	4
Art. 6 – Aggravamento del rischio	4
Art. 6 Bis – Diminuzione del rischio	4
Art. 7 – Oneri fiscali.....	4
Art. 8 – Rinvio alle norme di legge	4
Art. 9 – Estensione territoriale.....	4
Art. 10 – Decorrenza dalla garanzia.....	4
Art. 11 – Durata dell'assicurazione	5
Art. 12 – Sanctions Clause.....	5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE.....	6
CAPITOLO 1 - MALATTIA	6
Art. 13 – Oggetto dell'assicurazione	6
Art. 14 – Prestazioni assicurative per il settore malattia.....	6
Art. 15 – Garanzie aggiuntive.....	7
Art. 16 – Esclusioni	7
Art. 17 – Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione per inassicurabilità per il settore malattie	8
Art. 18 – limite d'età degli assicurati per il settore malattia	8
Art. 19 – Riepilogo franchigie, scoperti e limiti di indennizzo per il settore malattia	8
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO.....	9
Art. 20 – Denuncia dell'infortunio e obblighi dell'Assicurato.....	9
Art. 21 – Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale.....	9
Art. 22 – Presentazione diretta - Pagamento diretto dell'indennizzo.....	9
Art. 23 – Rinuncia al diritto di rivalsa	9
Art. 24 – Liquidazione del danno/Pagamento dell'indennizzo/Motivi di contestazione	9
APPENDICE NORMATIVA	11

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

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

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

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

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

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

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

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

Network: Rete Convenzionata 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.

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

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

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

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

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

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

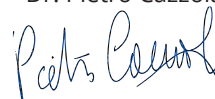
Società e/o Impresa: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Sede Legale: Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza (MB) nobisassicurazioni@pec.it www.nobis.it

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

Spazio Salute Mod. 84 - 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 evidenziare in verde le norme più importanti a cui prestare attenzione e le parti delle Condizioni di Assicurazione recanti esclusioni, decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

Art. 2 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Come regolato nell'Art. 10, L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. 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. 3 - TERMINE, RINNOVO, DISDETTA E RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La copertura assicurativa cessa alla scadenza contrattuale e può essere proseguita attraverso la stipula di un nuovo contratto. Dopo ogni sinistro, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Se il sinistro è causato da malattia, la Società può esercitare tale recesso solo nei primi due anni della decorrenza del contratto.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato, il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

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

Art. 4 – ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1910 del Codice Civile, il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti con la presente polizza. In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 5 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ai sensi dell'Art 1898 del Codice Civile il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 6 Bis – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato e/o del Contraente ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 – ONERI FISCALI

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

Art. 8 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 9 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata in Italia, con pagamento in Euro.

Art. 10 – DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive come regolato nell'Art. 2, 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 ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

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

1. per gli infortuni dalla decorrenza della copertura assicurativa;
2. per le malattie dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura;
3. per le malattie che siano espressione o 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 24.00 del 180° giorno dalla data di decorrenza della copertura;
4. per il parto, dalle ore 24.00 del 300° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura;
5. 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.

Art. 11 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione, fermi restando i termini iniziali di decorrenza delle garanzie stabiliti nell'Art. 10, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, ha durata annuale o poliennale, per un massimo 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..

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

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

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

Qualora il contratto abbia una durata superiore a cinque anni, il Contraente trascorso il quinquennio può esercitare la facoltà di recesso dal contratto con un preavviso di 60 giorni dalla scadenza annua di polizza.

Art. 12 – SANCTIONS CLAUSE

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

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è composta da un capitolo (Malattia) che disciplina la garanzia, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – MALATTIA

Art. 13 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per le malattie contratte dall'Assicurato e gli infortuni che lo stesso subisca nello svolgimento della propria attività professionale e ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi derivanti da:

- imperizia o negligenza anche gravi;
- tumulti popolari e vandalismo a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva; subito per:
- aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato; dovuti a:
- asfissia o soffocamento non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da indigestione o da assorbimento di sostanze;
- lesioni provocate da improvviso contatto con corrosivi;
- morsi di animali, punture di insetti o di aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche.

Art. 14 – PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER IL SETTORE MALATTIA

A) Diaria da ricovero senza intervento.

In caso di ricovero senza intervento in istituto di cura conseguente ad infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza la Società corrisponde all'Assicurato la diaria da ricovero stabilita in euro 50,00 (cinquanta/00), per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 120 giorni per evento e per anno assicurativo. L'indennità è riconosciuta a partire da quarto giorno di ricovero (primi tre giorni in franchigia). In caso di ricovero per parto non cesareo l'indennizzo è trattato come il ricovero senza intervento, ma è limitato ad un massimo di tre giorni.

Al fine del computo dei giorni di ricovero si tiene conto del numero di pernottamenti presso l'istituto di cura.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione in originale di una dichiarazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero.

B) Indennità chirurgica

Se l'infortunio o la malattia comporta un intervento chirurgico compreso nell'Elenco degli interventi e relativa classe di intervento suddivisi per branca specialistica allegato, la Società corrisponde un indennizzo il cui ammontare è definito per ciascuna tipologia di intervento compreso in garanzia nel predetto elenco indipendentemente dall'ammontare delle spese sostenute.

L'assicurazione è operante anche per gli interventi chirurgici effettuati in regime di day hospital o in ambulatorio.

Gli interventi chirurgici risultano raggruppati in sette classi che prevedono indennizzi diversi commisurati alla complessità dell'intervento. In caso di interventi non specificatamente indicati nel predetto elenco, la classe da attribuire all'intervento sarà stabilita dalla Società con criterio analogico, con riferimento al più simile degli interventi per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

Gli indennizzi previsti per le suddette classi di intervento sono i seguenti:

Classe di intervento	Indennizzo previsto in euro	Tipologia di intervento (indicativo, vedi Allegato Elenco degli interventi e relativa classe di intervento suddivisi per branca specialistica)
I	200	Pericardiocentesi, ascesso mammario, fratture e lussazioni del polso (trattamento cruento), sutura di ferita superficiale o profonda;
II	400	Drenaggio pericardio, amputazioni carpali, lesioni tendinee, estrazione corpi estranei con sfinterotomia;
III	800	Mastectomia semplice, artrodesi carpale, esofagostomia, colecistectomia, ferita toracoaddominale senza lesioni viscerali;
IV	1.200	Angioplastica coronaria singola, mastectomia radicale, artroplastica;
V	2.500	Bypass aorto coronario, artroprotesi carpale, ferita toracico-addominale con lesioni viscerali;
VI	5.000	Cardiochirurgia a cuore aperto, ricostruzione secondaria del pollice, ascesso o ematoma intracranico (intervento per);
VII	15.000	Trapianto cardiaco, neoplasie endocraniche (asportazione di), reimpianti di arto.

Qualora nella stessa seduta operatoria si proceda a due o più interventi chirurgici, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo come previsto con riferimento all'intervento con l'importo più elevato.

Nei confronti di ogni Assicurato l'indennizzo riferito agli interventi di classe VI rappresenta la massima esposizione della Società per uno o più sinistri avvenuti nel corso di un anno assicurativo.

Se l'intervento avviene presso una struttura del S.S.N. con spese a carico della struttura stessa, le somme previste vengono corrisposte nella misura del 50%.

In caso di più interventi effettuati a causa della stessa patologia ed allo stesso organo, arto e/o tessuto, la Società pagherà, complessivamente una somma non superiore al doppio dell'indennizzo previsto per il primo intervento..

C) Imprudenza, negligenza, malore, incoscienza

Nei limiti e con le esclusioni indicate nell'Art. 16 sono comprese le prestazioni sanitarie anche se conseguenti ad infortuni o malattie derivanti da imprudenze o negligenze gravi dell'Assicurato o di chi ha prestato le cure, nonché gli infortuni subiti in caso di malore o incoscienza.

Art. 15 – GARANZIE AGGIUNTIVE

A) Raddoppio degli indennizzi

Si conviene fra le parti che:

1. gli importi degli indennizzi previsti per la prestazione Indennità Chirurgica di cui alla tabella dell'Art. 14 lettera B), si intendono raddoppianti. Detti importi si intendono quindi aggiornati secondo la tabella che segue:

Classe di intervento	Indennizzo previsto in euro	Tipologia di intervento (indicativo, vedi Allegato Elenco degli interventi e relativa classe di intervento suddivisi per branca specialistica)
I	400	Pericardiocentesi, ascesso mammario, fratture e lussazioni del polso (trattamento cruento), sutura di ferita superficiale o profonda;
II	800	Drenaggio pericardio, amputazioni carpali, lesioni tendinee, estrazione corpi estranei con sfinterotomia;
III	1.600	Mastectomia semplice, artrodesi carpale, esofagostomia, colecistectomia, ferita toracoaddominale senza lesioni viscerali;
IV	2.400	Angioplastica coronaria singola, mastectomia radicale, artroplastica;
V	5.000	Bypass aorto coronario, artroprotesi carpale, ferita toracico-addominale con lesioni viscerali;
VI	10.000	Cardiochirurgia a cuore aperto, ricostruzione secondaria del pollice, ascesso o ematoma intracranico (intervento per);
VII	30.000	Trapianto cardiaco, neoplasie endocraniche (asportazione di), reimpianti di arto.

2. l'importo della prestazione diurna da ricovero di cui all'Art. 14 lettera C) si intende aumentata a euro 100,00 (cento/00).

Art. 16 – ESCLUSIONI

Premesso che non rientrano nella copertura assicurativa le malattie preesistenti alla data di effetto della polizza, salvo che l'Assicurato non ne fosse a conoscenza, nonché gli interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza, sono esclusi dall'assicurazione i seguenti casi e le loro conseguenze:

- a) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- b) malattie e infortuni dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, abuso di alcolici o psicofarmaci, uso di droghe, allucinogeni, stupefacenti;
- c) infortuni derivanti:
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, immersione con autorespiratore;
 - dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
 - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - dall'uso, anche come passeggero di aeromobili (compresi elicotteri e ultraleggeri) non esercitati da Società di traffico aereo regolare intendendosi come tali quelle rilevabili dalla pubblicazione "A.B.C. World Airway Guide";
 - da sport praticati professionalmente;
 - dalla pratica di sport estremi quali: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, heisnow, jet ski, kite surf, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta) e similari;
 - dalla partecipazione a competizioni ippiche, calcistiche, ciclistiche e relative prove, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - dalla partecipazione a sport aerei in genere compresi paracadutismo e parapendio;
 - da movimenti tellurici, alluvioni, eruzioni vulcaniche ed altre calamità naturali;
 - da guerra e insurrezioni ed operazioni militari ed atti terroristici;
- d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività professionali di cui all'elenco che segue.

Nel caso in cui l'Assicurato svolga tali attività l'assicurazione è limitata agli infortuni che lo stesso dovesse subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale::

 - appartenenti a tutti i Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia), ai Vigili del Fuoco, alla Protezione Civile per i rischi speciali, alle guardie giurate, ai vigili urbani;
 - fabbricanti, manipolatori o venditori di fuochi d'artificio o esplosivi in genere;
 - operatori nel campo dell'energia nucleare;
 - artisti ed attori esposti a rischi particolari (acrobati, domatori, inservienti ed attrezzisti operanti in strutture di spettacolo mobili e simili);
 - collaudatori di auto e motoveicoli;
 - manipolatori di sostanze corrosive;

- addetti a zoo, luna-park e simili;
 - guide alpine;
 - addetti alla estrazione o cave o miniere nonché alla costruzione e manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;
 - palombari;
 - boscaioli, taglialegna, tagliapietre;
 - scaricatori di porto;
 - addetti a stazioni di monta equina e taurina;
 - addetti alla manutenzione di impianti per funivie, seggiovie, funicolari e simili;
 - addetti alla posa in opera di cavi o condutture aeree;;
- e) malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza, o gli interventi conseguenza di infortuni occorsi prima della stipulazione della polizza;
- f) interruzione volontaria della gravidanza e conseguenze che ne possano derivare;
- g) applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio, malattia o da interventi demolitivi;
- h) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- i) terapie omeopatiche e fisiopatiche, medicina alternativa, terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale o comunque di natura sperimentale;
- j) cure dentarie od ortodontiche e delle parodontopatie salvo che le stesse siano rese necessarie da neoplasia maligna indennizzabile ai sensi di polizza;
- k) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissioni e fusione nucleari, isotipi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non si tratti di conseguenza di terapie mediche indennizzabili ai sensi di polizza, da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- l) controlli di routine e/o check-up;
- m) stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi malattia che abbia relazione con l'H.I.V.;
- n) terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché procedure ed interventi finalizzati alla fecondità assistita;
- o) chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser e eccimeri, salvo nei casi di:
- ansiometropia superiore a tre diottrie;
 - deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio;
- p) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della polizza;
- q) interventi presso strutture mediche prive delle prescritte autorizzazioni a norma delle leggi vigenti.

Art. 17 – PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE PER INASSICURABILITÀ PER IL SETTORE MALATTIE

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate.

La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico dell'Assicurato costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'Assicurazione, senza obbligo della Società di corrispondere alcun indennizzo.

In tal caso la Società restituisce al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la Società ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 18 – LIMITE D'ETÀ DEGLI ASSICURATI PER IL SETTORE MALATTIA

L'età dell'Assicurato al termine della durata contrattuale deve essere al massimo di anni 70.

Art. 19 – RIEPILOGO FRANCHIGIE, SCOPERTI E LIMITI DI INDENNIZZO PER IL SETTORE MALATTIA

Garanzia	Franchigia	Limite di indennizzo per sinistro e anno assicurativo
Diaria da ricovero	-	Euro 50
Indennità chirurgica	-	50% della somma per vista
Raddoppio degli indennizzi	-	Euro 100

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO ED INDENNIZZO

Art. 20 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Per la diaria senza ricovero, qualora assicurata, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accadimenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 21 – DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - PERIZIA CONTRATTUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le parti, ad un collegio tra i medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competenti per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accadimento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

Art. 22 – PRESENTAZIONE DIRETTA - PAGAMENTO DIRETTO DELL'INDENNIZZO

La prestazione diretta è operante, entro i limiti di indennizzo previsti per la prestazione "Indennità Chirurgica", a condizione che l'Assicurato si avvalga delle strutture facenti parte del Network e di uno o più professionisti convenzionati e abbia richiesto autorizzazione a Centrale Operativa Nobis con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi.

Nobis compagnia di Assicurazioni S.p.A. mette a disposizione il proprio Customer Care Center che fornirà a richiesta di informazioni relative sia agli istituti di cura convenzionati ai medici professionisti operanti nelle stesse, che agli ambiti e alla portata delle garanzie prestate, e per il supporto medico necessario.

Il Customer Care Center è accessibile al numero verde 800 894149 per le chiamate dall'Italia ed al numero nero +39 039 9890722 per le chiamate dall'estero.

Art. 23 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Assicurazione rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio che ha causato l'intervento chirurgico.

Art. 24 – 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".

Per eventuali reclami scrivere a:

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

in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

Gestione dei rapporti assicurativi via web

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

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

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

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

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

Importante!

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

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

Art. 1891 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

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. 1907 – Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

Art. 1913 – Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

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

L'Assicurato che, dolosamente, non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere a tale obbligo l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 – Criteri di redazione

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

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

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