



INFORTUNI E MALATTIA SPORTIVI PROFESSIONISTI

MODELLO NISP.2023-2026.001 – EDIZIONE: FEBBRAIO 2026

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER: MORTE DA INFORTUNIO; INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO; INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA; DIARIA DA RICOVERO; DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE; RIMBORSO SPESE DI CURA

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: Infortuni e malattia sportivi professionisti

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 copre la persona fisica (sportivo professionista) in caso di infortunio o malattia avvenuti durante lo svolgimento dello sport praticato e nel tempo libero.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ INFORTUNIO E MALATTIA

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

• INFORTUNIO:

- **morte per infortunio:** la Compagnia corrisponde in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la somma assicurata ai Beneficiari, o in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali. L'indennizzo è dovuto se la morte si verifica - anche dopo la scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio;
- **invalidità permanente per infortunio:** la Compagnia corrisponde un indennizzo a seguito di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale. L'indennizzo è dovuto se l'invalidità si verifica - anche dopo la scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno dell'infortunio;
- **diaria da ricovero per infortunio:** la Compagnia corrisponde, in caso di ricovero per infortunio in Istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e di uscita verranno conteggiati come un unico giorno). La durata massima dei giorni indennizzabili è pari a 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo. In caso di Day hospital per un periodo non inferiore a 3 giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% di quella prevista per il ricovero.
- **diaria da immobilizzazione:** la Compagnia corrisponde, in caso di evento traumatico che dia luogo a fratture ossee, lesioni capsulari, rotture legamentose e distorsioni (queste solamente se accertate da ente ospedaliero riconosciuto dal SSN o Pronto soccorso o Medico ortopedico specialista), qualora comporti l'immobilizzazione di uno o più articolazioni, un'indennità giornaliera fino alla rimozione del presidio, e comunque, per un periodo massimo di 90 giorni per evento e anno assicurativo.

Per le seguenti fratture verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- 60 giorni per la frattura del bacino;
- 60 giorni per la frattura del femore;
- 60 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- 20 giorni per la frattura completa della costola;
- 5 giorni per la frattura nasale;
- 50 giorni per applicazione di messi di osteosintesi interni o esterni (placche, viti, etc.).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione del presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta dal giorno di dimissione.

L'Assicurato in ogni caso è tenuto a fornire la documentazione medica necessaria alla Compagnia. Qualora l'immobilizzo non derivi da una frattura ossea, l'indennizzo avverrà per un periodo massimo di 40 giorni e la somma assicurata in polizza verrà ridotta del 50%.

I mezzi di contenimento immobilizzanti potranno essere anche amovibili tra cui:

- ginocchiera Donjoy: limitatamente ad un periodo di massimo 25 giorni, documentato da idonea documentazione, solo se diagnosticata radiologicamente una frattura o rottura completa del legamento del ginocchio;
- stecca di Zimmer: limitatamente ad un periodo di massimo 25 giorni, documentato da idonea documentazione, solo se diagnosticata radiologicamente una frattura;

purché applicati da Pronto soccorso, Ente ospedaliero riconosciuto dal SSN o da Medico ortopedico specialista.

La garanzia è altresì operante per:

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;
- bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.);

applicati a seguito di frattura radiologicamente accertata, per un periodo massimo di 25 giorni e previa documentazione idonea, rilasciata da Pronto soccorso, Ente riconosciuto dal SSN o Medico ortopedico specialista;

- **rimborso spese di cura:** in caso di infortunio, la Compagnia assicura fino alla concorrenza della somma assicurata il rimborso delle seguenti spese documentate sostenute nei 360 giorni dalla data di accadimento del sinistro:

a) In presenza di ricovero o day hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale: accertamenti diagnostici (compresi onorari medici)

effettuati nei 90 giorni precedenti all'evento; onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento; retta di degenza; assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici o rieducativi, medicinali ed esami somministrati e praticati durante il ricovero; esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali effettuate nei giorni successivi alla cessazione del ricovero; tickets relativi alle prestazioni sopraelencate.

Per ciascuna delle citate garanzie si applicherà uno scoperto pari a quanto indicato sulla scheda di polizza della spesa documentata con un minimo previsto dalla scheda di polizza per ogni sinistro.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali, il rimborso viene riconosciuto fino al 40% della somma assicurata e con il limite massimo di euro 5.000,00 per evento e per anno assicurativo.

- b) In assenza di ricovero o day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale: accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, acquisto di medicinali, prestazioni mediche o chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali effettuati nei giorni successivi l'infortunio.

Per ciascuna delle citate garanzie si applicherà uno scoperto pari a quanto indicato sulla scheda di polizza della spesa documentata con un minimo previsto dalla scheda di polizza per ogni sinistro. Il rimborso comunque non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali, il rimborso viene riconosciuto fino al 20% della somma assicurata e con il limite massimo di euro 2.500,00 per evento e per anno assicurativo.

- **morte presunta:** qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta. Nel caso in cui successivamente al pagamento la morte non risulti verificata o comunque non causata da infortunio, la Compagnia avrà il diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata;
- **rischio volo:** la prestazione è valida per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare. La copertura inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile fino al momento in cui ne è disceso. Sono considerati infortuni anche quelli occorsi in conseguenza di negligenza o imprudenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero;
- **rischio guerra:** sono esclusi i danni verificatisi in occasioni di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili con l'eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- **cumulo dell'indennità:** l'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente per infortunio. Tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo spettante, l'Assicurato, in conseguenza dell'infortunio, decede, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario;
- **decesso indipendente dall'infortunio:** se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per l'invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Compagnia corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato;
- **supervalutazione arti inferiori e superiori:** qualora l'infortunio si riferisca agli arti inferiori e/o superiori e alle loro singole parti, la percentuale di invalidità permanente accertata, qualora fosse superiore al 5% sarà elevata del:
 - 50 % per l'Assicurato di età inferiore a 28 anni;
 - 25 % per l'Assicurato di età superiore a 29 anni.Per gli Assicurati che dovessero eventualmente ricoprire il ruolo di "Portiere", le suddette percentuali di maggiorazione dell'indennizzo s'intendono estese a tutto il corpo;

- o **rimpatrio salma:** se a seguito di infortunio l'Assicurato decede, la Compagnia rimborsa le relative spese per il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, fino ad un massimo di euro 5.000 per sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati;
- o **spese funerarie:** in caso di infortunio che comporti la morte dell'Assicurato, la Compagnia rimborsa ai Beneficiari le spese regolarmente sostenute per il funerale o la cremazione, fino ad un massimo di euro 5.000 per sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati.
- **MALATTIA:**
 - o **invalidità permanente specifica totale da malattia:** la Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di malattia che comporti un'invalidità permanente che impedisca l'esercizio dell'attività sportiva professionale, e che determini la perdita dell'idoneità all'attività sportiva agonistica. Il contratto è esteso all'invalidità permanente che comporti, a seguito di malattia insorta successivamente alla data di stipulazione del contratto, la perdita definitiva ed irrimediabile all'esercizio dell'attività sportiva a condizione che tale invalidità si verifichi entro i dodici mesi dalla cessazione del contratto.

La somma corrisposta per la malattia indennizzabile a termini di polizza sarà calcolata come segue:

- 100% della somma assicurata per l'Assicurato di età inferiore o uguale a 30 anni;
- 90% della somma assicurata per l'Assicurato di età fino a 31 anni;

- 80% della somma assicurata per l'Assicurato di età fino a 32 anni;
- 60% della somma assicurata per l'Assicurato di età fino a 33 anni;
- 40% della somma assicurata per l'Assicurato di età pari o superiore a 34 anni.

La percentuale di invalidità permanente dovrà essere accertata non prima di un anno dalla denuncia della malattia.

Resta inteso che l'Assicurato dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, l'attestato di revoca del tesseramento per inidoneità ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative della Federazione di appartenenza.

Sono inoltre compresi in copertura: asfissia di origine non morbosa; avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; annegamento; assideramento o congelamento; colpi di sole o calore; le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria; infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato; infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; infortuni derivanti da stati di maleore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene; lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie; la folgorazione.

I massimali relativi alle diverse garanzie saranno quantificati in base all'età e alla retribuzione percepita dall'Assicurato.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

✗ Non sono assicurabili:

- le persone di età superiore a 37 anni. Nel caso l'Assicurato compia l'età massima assicurabile nel corso del contratto, il contratto conserva efficacia fino alla sua scadenza annuale;
- i soggetti che svolgono l'attività di calciatori professionisti;
- tutti i soggetti che non svolgono un'attività sportiva professionale riconosciuta dal CONI ovvero che la svolgano in forma amatoriale.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ESCLUSIONI GENERALI PER LA GARANZIA INFORTUNIO

Non sono compresi gli infortuni causati da:

- ! a) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- ! b) guida di: veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B; macchine agricole e operatrici; natanti a motore per uso non privato;
- ! c) guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- ! d) guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- ! e) uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri) salvo quanto disposto dall'art. 27 del Capitolo "Infortunio e malattia" "Rischio Volo";
- ! f) pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), free solo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, bmx, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), pratica dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, kite surf, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), l'alpinismo, la speleologia, le immersioni subacquee con o senza autorespiratore, sport aerei in genere, arti marziali e rugby, body building/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche. L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non limitativo, essendo esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di pericolosità.
- ! g) partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
- ! h) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza; gli infarti e qualsiasi tipo di ernia;
- ! i) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

I rischi di cui alle lettere a), b), f) e g) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel frontespizio di polizza.

Esclusivamente per la prestazione rischio volo:

- ! Sono esclusi gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

Esclusivamente per la prestazione diaria da immobilizzazione:

- ! Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo come i collari di Shantz, di Camp e similari.

Esclusivamente per la prestazione rimborso spese di cura:

- ! Sono escluse le spese di natura alberghiera.
- ! Sono escluse le spese sostenute dall'Assicurato per visite medico legali non richieste dalla Compagnia ai fini della liquidazione del sinistro.

Esclusivamente per la prestazione supervalutazione arti inferiori e superiori:

- ! La supervalutazione non si applica in caso di frattura delle ossa nasali, lesioni muscolari e/o lesioni tendinee.

Esclusivamente per la prestazione rimpatrio salma:

- ! Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre nonché l'eventuale recupero della salma.

ESCLUSIONI GENERALI PER LA GARANZIA MALATTIA

Il contratto di assicurazione non è operante per le Invalidità permanenti conseguenti a:

- ! j) malattie, malformazioni e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, indipendentemente dalla loro dichiarazione nel questionario sanitario;
- ! k) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- ! l) malattie tropicali.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto e, per tale garanzia, le conseguenze di infortunio, intendendosi per tale l'evento dovuto per causa fortuita, violenta ed esterna.

Esclusivamente per la prestazione invalidità permanente specifica totale da malattia:

- ! Sono esclusi i danni ulteriori attribuibili a situazioni patologiche o d'infermità preesistenti all'entrata in vigore del contratto e/o difetti fisici.

ESCLUSIONI GENERALI PER LE GARANZIE INFORTUNIO E MALATTIA

- ! m) gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, di sostanze allucinogene o sostanze dopanti (salvo prescrizione medica);
- ! n) conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Si intendono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo.
- ! o) gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, positività da H.I.V., A.I.D.S. e sindrome correlate, Parkinson, Alzheimer;
- ! p) gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- ! q) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o isotopi radioattivi;

- ! r) le conseguenze di atti di terrorismo, guerre, cyber terrorismo, cyber war, alluvioni, esondazioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;
- ! s) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- ! t) qualsiasi richiesta di risarcimento in ogni modo causata da o conseguente a:
 1. Epidemia e/o Pandemia (così come da definizioni e/o dichiarazioni rispettivamente di ISS ed OMS);
 2. malattia Coronavirus (COVID-19);
 3. grave acuta sindrome respiratoria Coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
 4. qualsiasi mutazione o variazione della SARS-CoV-2;
- ! u) qualsiasi timore o minaccia dei sopracitati punti 1), 2), 3) o 4).



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ Il contratto di assicurazione ha validità per i fatti verificatisi in tutti i paesi del mondo.
- ✓ Resta inteso che il presente contratto non include i rischi e pertanto esclude la validità di qualsiasi servizio assicurativo, copertura o qualsiasi indennizzo, in relazione a perdite, sinistri o responsabilità:
 - risultanti da attività in Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e Territori Popolari del Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o le sue acque territoriali, la zona contigua o la sua zona economica esclusiva ("le acque"), diverse da un semplice passaggio senza scalo programmato in Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e le regioni popolari di Zaporizhzhia, Kherson, Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o le sue acque territoriali e con l'eccezione delle rotte internazionali;
 - causate dal governo di Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e Territori Popolari del Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar), persone o entità residenti in Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e Zaporizhzhia, Territori popolari di Kherson, Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o situate nelle sue acque territoriali;
 - risultanti da attività che direttamente o indirettamente coinvolgono o avvantaggiano il governo dell'Iran, Nord Corea, Siria, regione della Crimea e Territori Popolari di Zaporizhzhia, Kherson, Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o persone o soggetti residenti o ubicati in uno o più di tali paesi/territori. In ogni caso, tale esclusione non si applica alle attività svolte, o ai servizi erogati, in emergenza per finalità di sicurezza e/o protezione. Inoltre non si applica ai casi in cui il relativo rischio è stato notificato alla Compagnia e la Compagnia stessa ha confermato per iscritto la copertura per il rispettivo rischio.



CHE OBBLIGHI HO?

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

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

Il Contraente, in caso di sinistro, deve mettere a disposizione della Compagnia tutta la documentazione necessaria alla verifica del caso.

Il Contraente ha altresì l'obbligo di comunicare per iscritto alla Compagnia la cessazione dello sport professionistico praticato, anche in assenza di sinistri o di circostanze dichiarate.

Il Contraente ha altresì l'obbligo di comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

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

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente alla Compagnia.

Il pagamento potrà essere effettuato mediante l'utilizzo di denaro contante (nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge), assegni bancari, postali o circolari (muniti della clausola di non trasferibilità), bonifici bancari o altri mezzi di pagamento bancari o postali che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La copertura comincia alla data indicata nella Scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, sempreché il premio venga corrisposto entro il periodo di mora altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento e finisce alla data indicata nella Scheda di Polizza.

Il contratto di assicurazione non prevede il tacito rinnovo.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Dopo ogni denuncia di sinistro, le parti possono recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo mediante raccomandata A/R o p.e.c. con effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio imponibile versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

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



Prodotto: Infortuni e malattia sportivi professionisti
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?

Le garanzie del prodotto Infortuni e malattia sportivi professionisti sono già state dettagliate nel DIP Danni, alla quale si rimanda per la consultazione non essendoci informazioni ulteriori.

Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Infortuni e malattia sportivi professionisti

Le seguenti garanzie sono prestate con il pagamento di un premio aggiuntivo:

Invalità permanente specifica totale da Infortunio	La Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalità permanente che impedisca l'esercizio dell'attività sportiva professionale. La somma corrisposta per l'invalità permanente indennizzabile a termini di polizza sarà calcolata come segue: ■ 100% della somma assicurata per l'Assicurato di età inferiore o uguale a 30 anni; ■ 90% della somma assicurata per l'Assicurato di età fino a 31 anni; ■ 80% della somma assicurata per l'Assicurato di età fino a 32 anni; ■ 60% della somma assicurata per l'Assicurato di età fino a 33 anni; ■ 40% della somma assicurata per l'Assicurato di età uguale o superiore a 34 anni. Resta inteso che in caso di revoca/perdita/annullamento di licenza da gioco e/o inabilità al gioco, la Compagnia pagherà un indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalità permanente totale, solo esclusivamente se l'invalità permanente accertata (calcolata su base INAIL) sia di grado superiore: ■ al 10% della totale fino a 25 anni; ■ al 15% della totale da 26 a 30 anni; ■ al 20% della totale per età pari o superiore ai 31 anni. L'Assicurato dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, l'attestato di revoca del tesseramento per inidoneità ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative della Federazione.
Invalità permanente specifica totale da malattia	La garanzia è già state dettagliata nel DIP Danni, alla quale si rimanda per la consultazione non essendoci informazioni ulteriori.
Diaria da ricovero per infortunio	La garanzia è già state dettagliata nel DIP Danni, alla quale si rimanda per la consultazione non essendoci informazioni ulteriori.
Rimborso spese di cura	La garanzia è già state dettagliata nel DIP Danni, alla quale si rimanda per la consultazione non essendoci informazioni ulteriori.

Diaria da immobilizzazione	La garanzia è già stata dettagliata nel DIP Danni, alla quale si rimanda per la consultazione non essendoci informazioni ulteriori.
Supervalutazione arti inferiori e/o superiori	La garanzia è già stata dettagliata nel DIP Danni, alla quale si rimanda per la consultazione non essendoci informazioni ulteriori.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi	I rischi esclusi sono già stati dettagliati nel DIP Danni, alla quale si rimanda per la consultazione, non essendoci ulteriori informazioni.
-----------------------	--



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le esclusioni valide per tutte le garanzie sono già state elencate nel Dip Danni.
Qui di seguito si riportano i principali limiti del prodotto Infortuni e malattia sportivi professionisti.

Infortunio e malattia	CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente parziale non prevista nella tabella di cui all'Allegato 1 si fa riferimento ai seguenti criteri: • se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta; • se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso; • nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui all'Allegato 1 e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione; • per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi. MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. FRANCHIGIA A SCAGLIONI ASSOLUTA L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato suddividendo la somma assicurata in tre parti uguali e applicando le seguenti franchigie: 1. per la prima parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza); 2. per la seconda parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza); 3. per la terza parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza). FRANCHIGIA A SCAGLIONI RELATIVA L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato suddividendo la somma assicurata in tre parti uguali e applicando le seguenti franchigie: 1. per la prima parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza); 2. per la seconda parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza); 3. per la terza parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi Scheda di polizza); Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti pari o superiore alla percentuale, indicata nella scheda di polizza, dell'invalidità permanente totale, la Compagnia liquiderà l'intera somma assicurata per Invalidità Permanente totale senza applicazione di alcuna franchigia. FRANCHIGIA ASSOLUTA L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la franchigia assoluta indicata nella scheda di polizza.
------------------------------	--



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto agli sportivi professionisti di età pari o inferiore ai 37 anni, che svolgono un'attività sportiva riconosciuta dal CONI che sia la principale attività lavorativa dell'Assicurato nonché la principale fonte di reddito.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Il Contraente/Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia di garanzie prescelte.

Costi d'intermediazione: in base alle garanzie acquistate e i relativi rami di appartenenza la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 35,13%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 24,26% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 35,49%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza (MB) – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni dal 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. • Infortuni (Ramo 1) e malattia (Ramo 2): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5%, per un massimo di 530 euro di spesa, anche in presenza di più contratti. • Malattia (Ramo 2): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, su una spesa massima di 1.291,14 euro, anche in presenza di più contratti. • Infortuni (Ramo 1): per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela di persone con disabilità grave, su una spesa massima di 750 euro (certificata da ASL). In ogni caso sono detraibili le sole spese sostenute con mezzi di pagamento tracciabile.
---	---

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link (https://www.nobis.it).
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
---	---

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

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

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 – Altre assicurazioni	4
Art. 3 – Modifiche dell'assicurazione	4
Art. 4 – Aggravamento del rischio	4
Art. 5 – Diminuzione del rischio	4
Art. 6 – Suddivisione del premio	4
Art. 7 – Oneri fiscali	4
Art. 8 – Foro competente	4
Art. 9 – Rinvio alle norme di legge	4
Art. 10 – Misure restrittive	4
Art. 11 – Pagamento del premio	4
Art. 12 – Decorrenza	4
Art. 13 – Scadenza della copertura	5
Art. 14 – Cessazione del contratto	5
Art. 15 – Recesso in caso di sinistro	5
Art. 16 – Risoluzione del contratto	5
Art. 17 – Rinuncia al diritto di surrogazione	5
Art. 18 – Limite di età	5
Art. 19 – Estensione territoriale	5
Art. 20 – Clausola di esclusione territoriale	5
Art. 21 – Rischi esclusi	5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE	7
CAPITOLO 1 – INFORTUNIO E MALATTIA	7
Art. 22 – Oggetto dell'assicurazione	7
Art. 23 – Rischi compresi	7
Art. 24 – Morte per infortunio (M) – <i>garanzia sempre operante</i>	7
Art. 25 – Morte presunta – <i>garanzia sempre operante, in abbinamento alla morte per infortunio</i>	7
Art. 26 – Invalidità permanente per infortunio (IPI) – <i>garanzia sempre operante</i>	7
Art. 27 – Rischio volo – <i>garanzia facoltativa</i>	7
Art. 28 – Rischio guerra – <i>garanzia sempre operante, in abbinamento alla garanzia invalidità permanente da infortunio</i>	8
Art. 29 – Diaria da ricovero per infortunio (DR) – Garanzia facoltativa	8
Art. 30 – Diaria da immobilizzazione (DI) – <i>garanzia facoltativa</i>	8
Art. 31 – Rimborso spese di cura (RSC) – Garanzia facoltativa	9
Art. 32 – Invalidità permanente specifica totale da malattia (IPM) – <i>garanzia facoltativa</i>	9
Art. 33 – Cumulo dell'indennità	10
Art. 34 – Obbligo di cure	10
Art. 35 – Criteri specifici di indennizzabilità	10
Art. 36 – Criteri particolari di indennizzabilità	10
Art. 37 – Massimo indennizzo per lesioni plurime	10
Art. 38 – Diritto all'indennizzo	10
Art. 39 – Decesso indipendente dall'infortunio	10
Art. 40 – Supervalutazione arti inferiori e/o superiori – Garanzia facoltativa	10
Art. 41 – Determinazione dell'indennizzo per invalidità permanente specifica totale da malattia (IMP)	10
Art. 42 – Controversie sulla determinazione dell'indennizzo	11
Art. 43 – Franchigia a scaglioni assoluta	11
Art. 44 – Franchigia a scaglioni relativa	11
Art. 45 – Franchigia assoluta	11
Art. 46 – Rimpatrio salma - Garanzia sempre operante, in abbinamento alla Morte per infortunio	12
Art. 47 – Spese funerarie – <i>garanzia sempre operante, in abbinamento alla morte per infortunio</i>	12
CAPITOLO 2 – GARANZIA AGGIUNTIVA (Acquistabile con un premio aggiuntivo)	12
Art. 48 – Invalidità permanente specifica totale da infortunio (IPT)	12
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO	13
Art. 49 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	13
Art. 50 – Denuncia del sinistro	13
Art. 51 – Recapiti in caso di sinistro	13
Art. 52 – Pagamento dell'indennizzo	14
Art. 53 – Criteri generali di indennizzabilità	14
ALLEGATO 1	15
TABELLA DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE – TABELLA INAIL	15
TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE - TABELLA INAIL	15
<i>(Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 escluse successive modifiche ed integrazioni)</i>	
APPENDICE NORMATIVA	18

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.

Assicurazione o contratto: il contratto di assicurazione.

Assicurato: la persona il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione, ovverosia, nel caso concreto, lo Sportivo professionista residente in Italia.

Beneficiario: la persona fisica o giuridica designata dal Contraente, a favore della quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'Assicurazione in caso di morte dell'Assicurato. In assenza di designazione specifica, i beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato in parti uguali tra loro.

Compagnia/Impresa: l'impresa Assicuratrice, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione e paga il premio.

Cyber Terrorismo (Terrorismo Cibernetico): qualsiasi attacco, o la minaccia di ricorso ad un attacco, volto a compromettere sistemi informatici, programmi informatici e dati, motivato da fini politici, religiosi o, comunque, ideologici, a prescindere dal fatto che esso risulti o meno in atti di violenza fisica contro persone o obiettivi non combattenti. Restano esclusi gli attacchi che siano eseguiti o minacciati come parte di operazioni di Guerra, ovvero, in ogni caso, a supporto delle stesse.

Cyber War (Guerra Cibernetica): uso di sistemi informatici: ad es., computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (a titolo esemplificativo: smartphone, laptop, tablet, dispositivo personale), server e infrastruttura cloud, incluso qualsiasi sistema o dispositivo simile, quale un dispositivo di archiviazione dati, infrastruttura di rete o sistema di back up, da parte di uno Stato sovrano (o fazione di una guerra civile) o di chi agisce per conto di uno Stato sovrano (o fazione di una guerra civile), volto ad interrompere, degradare, manipolare o distruggere sistemi informatici o informazioni in un sistema informatico, ovunque localizzati, appartenenti a uno Stato sovrano (o fazione nemica in una guerra civile) o a soggetti privati, ovvero ad impedirne l'uso, con la finalità di comprometterne le difese, il funzionamento o la stabilità economica o socio-politica. Rientra nella presente definizione anche l'impiego di tecniche di intrusione, sabotaggio o danneggiamento delle infrastrutture e componenti fisiche di un sistema informatico, ovunque localizzato, appartenente a uno Stato (o fazione nemica in una guerra civile) o a soggetti privati. L'attribuzione di un'operazione informatica a uno Stato sovrano avviene per due ragioni, non mutuamente escludentesi: a. Attribuzione pubblica, da parte di Autorità nazionali o sovranazionali in carica, non smentita; b. Attribuzione tecnica, parte di esperti informatici dotati di adeguato standing professionale.

Day hospital: la degenza diurna, in Istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Degenza/Ricovero: la permanenza in un Istituto di cura che comporti il pernottamento.

Durata: il periodo di validità della polizza, determinato concordemente tra le Parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda di polizza.

Franchigia: la parte di danno indennizzabile, quantificata in un importo predefinito, che rimane a carico dell'Assicurato.

Gare/Competizioni di regolarità pura: manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Guerra: situazione di conflitto tra due o più Stati sovrani con impiego della forza militare, a prescindere dall'esistenza di una formale dichiarazione di guerra, nonché le situazioni di guerra civile, per tale intendendosi il conflitto armato tra cittadini di uno stesso Stato sovrano divisi in fazioni contrapposte.

Immobilizzo: ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento di fratture radiologicamente accertate.

Indennizzo: la prestazione in denaro dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Infortuni professionali: gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nella Scheda di polizza.

Sono inoltre compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato purché l'infortunio avvenga durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia pubblici che privati:

- nel tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa;
- nel tragitto dalla sede dove viene svolta l'attività lavorativa fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa;
- nel normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti se non è presente un servizio di mensa aziendale.

Infortuni extra-professionali: gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale e cioè quelli che subisce durante l'espletamento di tutte le attività concernenti la normale vita domestica, sociale e di relazione compresa l'esecuzione di lavori occasionali svolti per le normali esigenze familiari e la partecipazione ad attività di volontariato non retribuito.

Non sono da intendersi rientranti nell'ambito della presente definizione tutti gli infortuni che l'Assicurato subisce mentre presta opera retribuita o meno alle dipendenze di terzi o in proprio.

Invalidità permanente per infortunio: la perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Invalidità permanente Specifica per Infortunio: lesioni, a seguito di Infortunio, da cui residuino postumi permanenti con conseguenze dirette sull'attività professionale sportiva praticata dall'Assicurato; l'accertamento deve essere esperito da un medico legale.

Invalidità permanente Specifica da Malattia: lesioni, a seguito di Malattia, da cui residuino postumi permanenti con conseguenze dirette sull'attività professionale sportiva praticata dall'Assicurato; l'accertamento deve essere esperito da un medico legale.

Istituto di cura: gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS (ex ISVAP): l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. L'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'Art. 13, comma 42 della Legge n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS».

Malattia: ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malformazione – Difetto fisico: l'alterazione organica, non evolutiva, congenita o acquisita per malattia o infortunio durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

Parti: il Contraente e la Compagnia.

Polizza/Scheda di polizza: il documento che prova il contratto di Assicurazione.

Premio: la prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Questionario: il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il Questionario Sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Compagnia dà il consenso alla copertura assicurativa.

Ricovero/Degenza: la permanenza in un Istituto di cura che comporti il pernottamento.

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto: la parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo: l'evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di un'energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'Assicurazione.

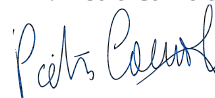
Sport professionistico: l'attività sportiva svolta da atleti a favore di una società sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline che hanno riconosciuto il professionismo e regolamentate dal CONI in base alla Legge n° 91 del 1981 (e successive eventuali modifiche) e/o attività sportiva che comporti remunerazione diretta (compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti di uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una società o di un ente sportivo). Si precisa che non è considerato sport professionistico quello con remunerazione indiretta (compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti e/o con premi monetari in base alla classifica di una gara/competizione).

Terrorismo: qualsiasi atto illecito, o minaccia dello stesso, da parte di individui o di gruppi organizzati, anche con l'uso della forza o della violenza, motivato da fini politici, religiosi o, comunque, ideologici, ivi inclusi quegli atti o minacce che, nel perseguimento dei suddetti fini, siano volti a influenzare o sovvertire l'ordine sociale o politico di una comunità, ovvero a incutere timore tra il pubblico.

Ubriachezza: si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

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

Infortuni Malattia Sportivi Professionisti Mod. NISP.2023-2026.001 - Ultimo aggiornamento: Febbraio 2026

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

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

La Compagnia presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato. Per consentire alla Compagnia di valutare il rischio occorre compilare in ogni sua voce il Questionario Sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della polizza. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di nuovo contratto che di sua sostituzione o rinnovo, e trasmesso alla Compagnia unitamente alla proposta.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso scritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 4 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 6 – SUDDIVISIONE DEL PREMIO

Il premio è ripartito come segue: 80% per i Rischi Professionali e il 20% per i Rischi Extraprofessionali.

Art. 7 – ONERI FISCALI

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

Art. 8 – FORO COMPETENTE

Il foro competente è quello del luogo in cui il Contraente ha la sede, oppure la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 9 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 10 – MISURE RESTRITTIVE

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né è tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

Art. 11 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Compagnia o all'agente in qualità di agente della Compagnia;
- ordine di bonifico o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbia come beneficiario la Compagnia o l'agente in qualità di agente della Compagnia;
- contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Il premio può essere corrisposto in rate annuali o con frazionamento semestrale.

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se il Contraente non paga i premi successivi, 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 e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 12 – DECORRENZA

Il presente contratto di assicurazione ha durata annuale e ha effetto dalle ore 24:00 della data indicata nella Scheda di polizza,

sempreché il premio venga corrisposto entro il periodo di mora, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'effettivo pagamento.

Art. 13 – SCADENZA DELLA COPERTURA

Il presente contratto di assicurazione non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, s'intende estinto alla naturale scadenza indicata nella Scheda di polizza, senza obbligo di disdetta.

Art. 14 – CESSAZIONE DEL CONTRATTO

Resta convenuto tra le Parti che l'efficacia della copertura terminerà nel momento in cui, nel corso del contratto, l'Assicurato cesserà definitivamente di svolgere lo sport professionistico descritto nella Scheda di polizza. Questi sarà tenuto a comunicarlo per iscritto alla Compagnia, anche in assenza di sinistri o circostanze dichiarate, che provvederà al rimborso entro 30 giorni del premio imponibile pagato e non goduto, calcolato dalla data della ricezione della comunicazione.

Art. 15 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro, il Contraente e la Compagnia hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata A.R. o p.e.c. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio imponibile versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

Art. 16 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali, determina la immediata ed automatica risoluzione dell'intero contratto.

In questo caso la Compagnia restituisce al Contraente la parte di premio imponibile versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto. Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, poiché la sopravvenienza della patologia in un Assicurato comporta l'annullamento dell'intero contratto, la Compagnia si impegna, per i restanti Assicurati, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza annullata.

Art. 17 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 18 – LIMITE DI ETÀ

Resta inteso che potranno essere assicurati con il presente contratto unicamente i soggetti che al momento della stipula abbiano un'età pari o inferiore a 37 anni.

Nel caso in cui l'Assicurato compia l'età massima assicurabile nel corso del contratto, il contratto conserva efficacia fino alla sua scadenza annuale.

Art. 19 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero, fermo il disposto del successivo art. 20.

Art. 20 – CLAUSOLA DI ESCLUSIONE TERRITORIALE

Resta inteso che il presente contratto non include i rischi e pertanto esclude la validità di qualsiasi servizio assicurativo, copertura o qualsiasi indennizzo, in relazione a perdite, sinistri o responsabilità:

- risultanti da attività in Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e Territori Popolari del Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o le sue acque territoriali, la zona contigua o la sua zona economica esclusiva ("le acque"), diverse da un semplice passaggio senza scalo programmato in Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e le regioni popolari di Zaporizhzhia, Kherson, Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o le sue acque territoriali e con l'eccezione delle rotte internazionali;
- causate dal governo di Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e Territori Popolari del Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar), persone o entità residenti in Iran, Corea del Nord, Siria, regione della Crimea e Zaporizhzhia, Territori popolari di Kherson, Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o situate nelle sue acque territoriali;
- risultanti da attività che direttamente o indirettamente coinvolgono o avvantaggiano il governo dell'Iran, Nord Corea, Siria, regione della Crimea e Territori Popolari di Zaporizhzhia, Kherson, Donetsk e Lugansk, Venezuela, Cuba, Libia, Russia, Afghanistan, Bielorussia e Birmania (Myanmar) o persone o soggetti residenti o ubicati in uno o più di tali paesi/territori. In ogni caso, tale esclusione non si applica alle attività svolte, o ai servizi erogati, in emergenza per finalità di sicurezza e/o protezione. Inoltre, non si applica ai casi in cui il relativo rischio è stato notificato alla Compagnia e la Compagnia stessa ha confermato per iscritto la copertura per il rispettivo rischio.

Art. 21 – RISCHI ESCLUSI

Rischi esclusi dalla garanzia Infortuni.

L'Assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a. uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b. guida di:
 - veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - macchine agricole e operatrici;
 - natanti a motore per uso non privato;

- c. guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- d. guida di mezzi di locomozione acquatici aerei o subacquei adibiti ad uso professionale. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- e. uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'art. 27 del Capitolo "Infortunio e malattia" "Rischio Volo";
- f. pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), free solo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, bmx, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), pratica dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, kite surf, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), l'alpinismo, la speleologia, le immersioni subacquee con o senza autorespiratore, sport aerei in genere, arti marziali e rugby, body building/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche.
L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non limitativo, essendo esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di pericolosità.
- g. partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, organizzate o comunque svolte sotto l'egida delle competenti federazioni od organismi sportivi riconosciuti dal CONI;
- h. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza; gli infarti e qualsiasi tipo di ernia;
- i. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

I rischi di cui alle lettere a), b), f) e g) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale sportiva dichiarata nella Scheda di polizza.

Rischi esclusi dalla garanzia Malattia.

L'Assicurazione non è operante per le Invalidità Permanenti conseguenti a:

- j. malattie, malformazioni e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, indipendentemente dalla loro dichiarazione nel Questionario Sanitario;
- k. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- l. malattie tropicali.

Sono inoltre escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto e, per tale garanzia, le conseguenze di Infortunio, intendendosi per tale l'evento dovuto per causa fortuita, violenta ed esterna.

Rischi esclusi dalla garanzia Infortuni e Malattia.

- m. gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, di sostanze allucinogene o sostanze dopanti (salvo prescrizione medica);
- n. conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Si intendono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo.
- o. gli infortuni causati da azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, positività da H.I.V., A.I.D.S. e sindrome correlate, Parkinson, Alzheimer;
- p. gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- q. conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o isotopi radioattivi;
- r. le conseguenze di atti di terrorismo, guerre, cyber terrorismo, cyber war, alluvioni, esondazioni, inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche e altri fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;
- s. le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- t. qualsiasi richiesta di risarcimento in ogni modo causata da o conseguente a:
 1. Epidemia e/o Pandemia (così come da definizioni e/o dichiarazioni rispettivamente di ISS ed OMS);
 2. malattia Coronavirus (COVID-19);
 3. grave acuta sindrome respiratoria Coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
 4. qualsiasi mutazione o variazione della SARS-CoV-2;
- u. qualsiasi timore o minaccia dei sopracitati punti 1), 2), 3) o 4).

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è composta da due capitoli (Infortunio e Malattia – Garanzie aggiuntive) che disciplinano le garanzie oggetto della presente Assicurazione, incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – INFORTUNIO E MALATTIA

Art. 22 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

INFORTUNI:

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- diarie per infortunio;
- rimborso spese di cura per infortunio;

MALATTIA:

- invalidità permanente specifica totale da malattia.

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie e relative garanzie opzionali, in relazione alle quali risultino indicati nella scheda di polizza Mod. NISP.2023-2023.001 ed. 2023-09 le somme assicurate e/o i massimali e/o le franchigie e i relativi premi o risulti, nella suddetta scheda, l'indicazione della loro operatività.

Per quanto riguarda la garanzia infortuni, la medesima è prestata durante lo svolgimento, come indicato nel contratto dell'allegata scheda Mod. NISP.2023-2023.001 ed. 2023-09:

- a. nell'esercizio dello sport professionistico descritto nella Scheda di polizza;
- b. nell'esercizio di altre eventuali attività lavorative o imprenditoriali aventi o meno carattere professionale;
- c. nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale e nel tempo libero.

Art. 23 – RISCHI COMPRESI

Sono inoltre compresi:

- a. asfissia di origine non morbosa;
- b. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c. annegamento;
- d. assideramento o congelamento;
- e. colpi di sole o di calore;
- f. affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- g. infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'art. 1900 del Codice Civile);
- h. infortuni causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all'art. 1912 del Codice Civile);
- i. infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- j. lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.
- k. la folgorazione.

Art. 24 – MORTE PER INFORTUNIO (M) – Garanzia sempre operante

La Compagnia corrisponde in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la somma assicurata ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Art. 25 – MORTE PRESUNTA – Garanzia sempre operante, in abbinamento alla Morte per infortunio

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Compagnia avrà diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata.

Art. 26 – INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO (IPI) – Garanzia sempre operante

La Compagnia corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale. L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Art. 27 – RISCHIO VOLO – Garanzia facoltativa

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), a condizione che non siano eserciti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente/Assicurato o da terzi in favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

- a. per persona:
Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Morte;
Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Invalidità Permanente totale;
- b. complessivamente per aeromobile (in caso di polizza cumulativa):
Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Morte;
Euro (Vedasi scheda di polizza) per il caso di Invalidità Permanente totale;

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni stipulate dallo stesso Contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi indicati nella Scheda di polizza, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

L'Assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato è salito a bordo in un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso. Sono inoltre considerati infortuni anche quelli occorsi in conseguenza di imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

Art. 28 – RISCHIO GUERRA – Garanzia sempre operante, in abbinamento alla Invalidità Permanente da Infortunio

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile, sono esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili con l'eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero. Si precisa che non sono considerati "atti di Guerra od insurrezione" le azioni di organizzazioni terroristiche e/o politiche anche se inquisite per insurrezione armata contro i poteri costituiti o simili imputazioni. Si precisa che se il sinistro non è relativo ad atti di guerra verrà comunque considerato in copertura anche se verificatosi in un paese considerato a rischio guerra.

Art. 29 – DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO (DR) – Garanzia facoltativa

La Compagnia corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in Istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (il giorno di ingresso e di dimissione vengono conteggiati come un unico giorno). Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.

La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

La Compagnia provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a seguito della presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Tale garanzia è prestata in aggiunta, ove prevista, alla somma assicurata per il caso di inabilità temporanea.

Per i ricoveri avvenuti all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia.

Day hospital: limitazioni ed esclusioni

In caso di Day hospital per un periodo superiore a tre giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 50% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero, purché risulti che il Day hospital sia avvenuto senza interruzione, fatta eccezione per le festività.

Art. 30 – DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE (DI) – Garanzia facoltativa

In caso di evento traumatico che dia luogo a fratture ossee, lesioni capsulari, rotture legamentose e distorsioni (quest'ultime solo se accertate da ente ospedaliero riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale, o da Pronto Soccorso, o da medico ortopedico specialista), se l'infortunio comporta l'immobilizzazione, di una o più articolazioni, a titolo curativo, la Compagnia corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di novanta giorni per evento e per anno assicurativo.

Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- sessanta giorni per la frattura del bacino;
- sessanta giorni per la frattura del femore;
- sessanta giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- venti giorni per la frattura completa della costola;
- cinque giorni per la frattura nasale;
- cinquanta giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo, come i collari di Shantz, di Camp e similari.

Per i mezzi di contenzione immobilizzanti inamovibili, l'Assicurato è tenuto a presentare alla Compagnia il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione).

Qualora l'immobilizzo non derivi da una frattura ossea e preveda l'applicazione di un mezzo di contenzione immobilizzante, l'indennizzo avverrà per un periodo massimo di 40 giorni e la somma assicurata indicata in polizza verrà ridotta del 50%.

Esclusioni e limitazioni.

I mezzi di contenzione immobilizzanti potranno essere anche amovibili, purché applicati (in assenza di ricovero) da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N. o da medico ortopedico specialista: la garanzia, in tal caso, verrà prestata con un massimo di venticinque giorni per sinistro.

La garanzia sarà operante solo per i seguenti tutori amovibili con le limitazioni e condizioni indicate, anche se non applicati, purché prescritti da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero o ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N o da medico ortopedico specialista:

- Ginocchiera Donjoy

Limitatamente ad un periodo massimo di venticinque giorni, documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

- Stecca di Zimmer

Limitatamente ad un periodo massimo di venticinque giorni, documentato da idonea certificazione medica, solo se viene diagnosticata radiologicamente una frattura.

La garanzia è altresì operante in relazione ai seguenti apparecchi solo se applicati in seguito a frattura radiologicamente accertata, per un periodo massimo di venticinque giorni e previa idonea certificazione medica rilasciata da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal S.N.N o da medico ortopedico specialista:

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;
- bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.).

Infine, in qualsiasi caso sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

Art. 31 – RIMBORSO SPESE DI CURA (RSC) – Garanzia facoltativa

In caso di infortunio indennizzabile, la Compagnia assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute nei 360 giorni dalla data di accadimento del sinistro:

a. In presenza di ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivamente alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale;
- tickets relativi alle prestazioni sopraelencate.

Limitazioni, franchigie e scoperti

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari a (vedasi scheda di polizza), della spesa documentata e con il minimo di (vedasi scheda di polizza), per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 40% della somma assicurata e con il limite massimo di 5.000,00 € per evento e per anno assicurativo.

b. In assenza di ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

Limitazioni, franchigie e scoperti

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari alla percentuale, indicata sulla Scheda di polizza, della spesa documentata e con il minimo indicato sulla scheda di polizza, per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi e alle cure termali, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 20% della somma assicurata con il limite massimo di 2.500,00 € per evento e per anno assicurativo.

Il rimborso viene effettuato dalla Compagnia a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'Istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata in forma scritta alla Compagnia, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'Assicurato per visite medico legali non richieste dalla Compagnia ai fini della liquidazione del sinistro.

La Compagnia restituisce la documentazione originale, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in valuta Euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

Art. 32 – INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA TOTALE DA MALATTIA (IPM) – Garanzia facoltativa

L'Assicurazione è estesa all'invalidità permanente che comporti, a seguito di malattia insorta successivamente alla data della stipulazione del contratto, la perdita definitiva ed irrimediabile all'esercizio dell'attività professionale sportiva a condizione che tale invalidità permanente si verifichi entro 12 mesi dalla cessazione del contratto.

Quanto precede vale a condizione che l'Assicurato sia in possesso del "Certificato di idoneità all'attività professionale sportiva"

rilasciato a norma di legge. Resta stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto la liquidazione dell'intera somma assicurata per invalidità permanente totale conseguente a malattia, indennizzabile a termini di contratto, egli dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, l'attestato di revoca del tesseramento per inidoneità, ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative interne della relativa Federazione di appartenenza.

Art. 33 – CUMULO DELL'INDENNITÀ

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Art. 34 – OBBLIGO DI CURE

L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure, qualora esse possano portare ad un ripristino funzionale della parte lesa, restando inteso che la valutazione del grado di invalidità permanente verrà espressa soltanto quando dalla terapia non si possa ottenere alcun miglioramento; qualora l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi a dette cure, l'indennità riconosciuta verrà ridotta del presunto recupero funzionale non realizzato, per il rifiuto opposto.

Art. 35 – CRITERI SPECIFICI DI INDENNIZZABILITÀ

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 36 – CRITERI PARTICOLARI DI INDENNIZZABILITÀ

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente parziale non prevista nella tabella prevista nell'Allegato 1 si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella prevista nell'Allegato 1 e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 37 – MASSIMO INDENNIZZO PER LESIONI PLURIME

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 38 – DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, in tal caso la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato ed offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 39 – DECESSO INDIPENDENTE DALL'INFORTUNIO

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Compagnia corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

Art. 40 – SUPERVALUTAZIONE ARTI INFERIORI E/O SUPERIORI – Garanzia facoltativa

Qualora l'infortunio si riferisca agli arti inferiori e/o superiori (in base a quanto indicato nella scheda di polizza) e alle loro singole parti, la percentuale di invalidità permanente accertata, qualora fosse superiore al 5% e secondo quanto previsto dagli articoli della presente sezione, sarà elevata del:

- 50% per l'Assicurato di età inferiore a 28 anni;
- 25% per l'Assicurato di età superiore a 29 anni.

Per gli Assicurati che dovessero eventualmente ricoprire il ruolo di "Portiere" le suddette percentuali di maggiorazione dell'indennizzo sono estese a tutto il corpo.

Resta inteso che, per determinare la misura dell'invalidità permanente da cui detrarre la franchigia prevista, in base a quale operante fra gli articoli "art. 43 - Franchigia a Scaglioni assoluta", "art. 44 - Franchigia a Scaglioni relativa" e "art. 45 - Franchigia Assoluta", si farà riferimento alla percentuale di invalidità permanente riconosciuta all'Assicurato ed elevata secondo i criteri indicati.

Qualora l'infortunio determini un'invalidità permanente accertata di grado pari o inferiore al 5%, non è dovuta alcuna maggiorazione all'indennizzo.

La supervalutazione non si applica in caso di frattura delle ossa nasali, di lesioni muscolari e/o lesioni tendinee.

Rimane sempre fermo il limite massimo del **100%** stabilito dall'art. 37 "Massimo indennizzo per lesioni plurime" per il caso di perdita anatomica e funzionale di più organi od arti o di parti di essi. Agli effetti della presente garanzia, in nessun caso la Compagnia risarcirà somma superiore a quanto indicato nella scheda di polizza per sinistro e per anno assicurativo.

Art. 41 – DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA TOTALE DA MALATTIA (IMP)

Ferme ed invariate le condizioni dell'art. 53 "Criteri Generali di indennizzabilità", che sono valide anche per questa estensione

all'invalidità permanente da malattia, il riconoscimento dell'eventuale invalidità permanente da malattia verrà effettuato, ai sensi dell'art. 32 "Invalidità permanente specifica totale da malattia (IPM)", purché vi sia completa ed irrimediabile perdita della capacità di esercitare l'attività professionale sportiva e che determini la perdita dell'idoneità all'attività sportiva agonistica, riconosciuta dalla F.I.M.S. (Federazione Italiana Medici Sportivi), secondo la seguente scala di indennizzo:

- 100% della Somma Assicurata per l'Assicurato di età inferiore o uguale a 30 anni;
- 90% della Somma Assicurata per l'Assicurato di 31 anni;
- 80% della Somma Assicurata per l'Assicurato di 32 anni;
- 60% della Somma Assicurata per l'Assicurato di 33 anni;
- 40% della Somma Assicurata per l'Assicurato di età pari o superiore a 34 anni.

La percentuale di invalidità permanente dovrà essere accertata non prima di un anno dalla denuncia della malattia.

La Compagnia pagherà l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità permanente derivante dalla malattia denunciate, esclusi i danni ulteriori attribuibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti all'entrata in vigore del contratto e/o difetti fisici.

Art. 42 – CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Qualora tra la Compagnia e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio e/o malattia, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente, mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Resta infine stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto la liquidazione dell'intera somma, indennizzabile a termini di polizza, per la garanzia di cui all'art. 48 "Invalidità Specifica Totale da Infortunio (IPT)" (se prevista dal contratto) o di cui all'art. 41 "Determinazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente Specifica Totale da Malattia (IPM)", egli dovrà produrre al Collegio Medico, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, certificazione di non idoneità all'attività agonistica sportiva rilasciata dalla A.S.L. competente o da altro ente equipollente, purché riconosciuto dalla Federazione sportiva di appartenenza.

Art. 43 – FRANCHIGIA A SCAGLIONI ASSOLUTA

La somma assicurata è divisa in parti uguali (scaglioni), alle quali si applicano le franchigie di riferimento scelte dall'Assicurato, indipendentemente dall'entità del danno.

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato suddividendo la somma assicurata in tre parti uguali e applicando le seguenti franchigie:

1. per la prima parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza);
2. per la seconda parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza);
3. per la terza parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza).

Art. 44 – FRANCHIGIA A SCAGLIONI RELATIVA

La somma assicurata è divisa in parti uguali (scaglioni), alle quali si applicano le franchigie di riferimento scelte dall'Assicurato, qualora l'entità del danno sia pari o inferiore alle stesse.

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato suddividendo la somma assicurata in tre parti uguali e applicando le seguenti franchigie:

1. per la prima parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza);
2. per la seconda parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi scheda di polizza);
3. per la terza parte (vedasi scheda di polizza), l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia assoluta del (vedasi Scheda di polizza);

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti pari o superiore alla percentuale, indicata sulla Scheda di polizza, dell'invalidità permanente totale, la Compagnia liquiderà l'intera somma assicurata per Invalidità Permanente totale senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 45 – FRANCHIGIA ASSOLUTA

La somma assicurata è considerata nella sua interezza e vi si applica la franchigia di riferimento scelta dall'Assicurato, indipendentemente dall'entità del danno.

L'indennizzo per invalidità permanente per infortunio (IPI), determinata con le modalità indicate in polizza, sarà calcolato applicando la seguente franchigia assoluta risultante dalla Scheda di polizza.

Art. 46 – RIMPATRIO SALMA - Garanzia sempre operante, in abbinamento alla Morte per infortunio

Se a seguito di infortunio l'Assicurato è deceduto, la Compagnia rimborsa le relative spese per il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, fino a un massimo di 5.000 € per Sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre nonché l'eventuale recupero della salma.

Art. 47 – SPESE FUNERARIE – Garanzia sempre operante, in abbinamento alla Morte per infortunio

Si conviene che in caso di Infortunio che comporti come conseguenza la Morte dell'Assicurato, la Compagnia rimborsa ai Beneficiari le spese regolarmente sostenute per il funerale o la cremazione, fino a un massimo di 5.000 € per Sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati.

CAPITOLO 2 – GARANZIA AGGIUNTIVA (Acquistabile con un premio aggiuntivo)

Art. 48 – INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA TOTALE DA INFORTUNIO (IPT)

A parziale deroga di quanto riportato all'art. 26 "Invalidità Permanente per Infortunio", gli infortuni indennizzabili ai sensi del presente contratto verranno liquidati adottando i seguenti criteri:

1. Se l'infortunio determina un'invalidità permanente accertata, in base a quale operante fra gli "Art. 43 Franchigia a scaglioni assoluta", "IPI Art. 44 Franchigia a scaglioni relativa" e "IPI Art. 45 Franchigia assoluta" di grado pari o inferiore alla percentuale delle franchigie previste, non si provvederà ad alcun indennizzo.
2. Per gli infortuni indennizzabili che comportino un'incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale sportiva – invalidità permanente specifica totale – la Compagnia liquiderà l'invalidità permanente secondo la seguente scala di indennizzo, senza deduzione di alcuna franchigia:
 - 100% della Somma Assicurata per l'Assicurato di età inferiore o uguale a 30 anni;
 - 90% della Somma Assicurata per l'Assicurato di 31 anni;
 - 80% della Somma Assicurata per l'Assicurato di 32 anni;
 - 60% della Somma Assicurata per l'Assicurato di 33 anni;
 - 40% della Somma Assicurata per gli assicurati di età uguale o superiore ai 34 anni.

Resta inteso che la perdita totale e permanente della capacità specifica ad occupare l'eventuale ruolo di "Portiere" è considerata perdita totale permanente della capacità specifica all'attività professionale sportiva.

3. Resta stabilito che, nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo dell'intera somma assicurata per invalidità permanente specifica totale conseguente ad infortunio, indennizzabile a termini di contratto, egli dovrà produrre, unitamente alla necessaria documentazione sanitaria, attestato di revoca del tesseramento per inidoneità, ai sensi di quanto previsto dalle norme organizzative interne delle relative Federazioni.

Resta stabilito inoltre che, in caso di revoca/perdita/annullamento di licenza da gioco e/o inabilità al gioco, l'Impresa pagherà un indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'invalidità permanente totale, solo esclusivamente se l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore:

- al 10% (dieci per cento) della totale fino a 25 anni;
 - al 15% (quindici per cento) della totale da 26 a 30 anni;
 - al 20% (venti per cento) della totale per età pari o superiore ai 31 anni;
- calcolato su base INAIL di cui alla Tabella trascritta nell'Allegato1.

4. Resta convenuto tra le Parti che, qualora a seguito di infortunio che comporti un'incapacità totale all'esercizio dell'attività professionale sportiva descritta nella Scheda di polizza, nonché in ogni altro caso in cui l'indennizzo comporti, nell'annualità assicurativa in corso, la liquidazione dell'intera somma assicurata, il presente contratto cesserà automaticamente di aver vigore.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

Art. 49 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Garanzia Infortuni

Entro 30 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia stessa.

Garanzia Malattia

L'Assicurato deve denunciare ogni singola malattia che, secondo il parere del medico, possa provocare un'invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza.

La denuncia deve essere fatta per iscritto alla Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro 30 giorni dalla data di accadimento dell'evento o dal momento in cui il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

In entrambi i casi l'Assicurato dovrà sottoporsi a visita medica presso una Struttura sanitaria autorizzata secondo la vigente normativa italiana.

Art. 50 – DENUNCIA DEL SINISTRO

Clausola di liquidazione

Si conviene tra le Parti che in caso di sinistro la pratica sarà gestita dalla Compagnia, che provvederà alla eventuale liquidazione. L'intermediario Best Underwriting sarà incaricato di ricevere la documentazione afferente alla denuncia del sinistro e di provvedere alle opportune e conseguenti attività amministrative.

In caso di sinistro, pertanto, l'Assicurato è chiamato ad inviare la notifica di danno, nei tempi e modalità sopra descritte, all'indirizzo: claims@best-underwriting.it.

Garanzia Infortuni

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato o, in caso di morte, i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

La mancata denuncia entro i termini prescritti può portare alla perdita totale o parziale al diritto all'indennizzo.

Garanzia Malattia

La denuncia deve essere accompagnata dalla seguente documentazione:

- Certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura della malattia, sul momento in cui è insorta, sul decorso della malattia, sulle sue possibili conseguenze nonché su ogni conseguenza che potrebbe già essersi verificata;

L'Assicurato dovrà inoltre inviare alla Compagnia – unitamente alla suddetta certificazione medica o successivamente ad essa, ma comunque non oltre un anno dopo la data del sinistro – un certificato medico che attesti l'avvenuta guarigione della malattia stessa.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. Entro un anno dalla data di emissione del certificato medico che conferma l'avvenuta guarigione della malattia, l'Assicurato dovrà sottoporre documentazione medica che indichi il grado di invalidità permanente residua quale conseguenza diretta ed esclusiva della malattia.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

Art. 51 – RECAPITI IN CASO DI SINISTRO

In caso di necessità l'Assicurato deve contattare i seguenti numeri e recapiti per la denuncia del sinistro e l'avvio della trattazione:

Best Underwriting S.r.l.
Via Cassanese, 41
20154 Segrate
Telefono: 329.6815122
Mail: claims@best-underwriting.it
PEC: bestunderwriting@legalmail.it

Oppure in alternativa a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21
20864 - AGRATE BRIANZA (MB)
Tel: 039.9890001
Mail: nobisassicurazioni@pec.it

comunicando con estrema precisione:

- nome, cognome e numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- motivo della chiamata.

Per eventuali reclami scrivere a:

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

in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

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

Gestione dei rapporti assicurativi via web

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

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

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.98.90.714.

Art. 52 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento. L'indennità verrà corrisposta in Italia e in valuta Euro.

Art. 53 – CRITERI GENERALI DI INDENNIZZABILITÀ

Si precisa e si conviene che, con effetto dalla data di decorrenza della polizza, si intende esclusa dalla copertura ogni richiesta di risarcimento derivante da infortunio o malattia o affezione ad ogni parte del corpo, qualora tale infortunio o malattia o affezione sia interamente o parzialmente, direttamente o indirettamente causato, agevolato o aggravato da menomazioni, difetti fisici, processi degenerativi o infermità esistenti già prima della data di decorrenza proposta. La Compagnia sarà tenuta ad indennizzare solamente le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o successivamente sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni e, allo stesso modo, il pregiudizio che queste possono avere sugli esiti dell'infortunio sono conseguenze indirette e, come tali, non sono indennizzabili. Allo stesso modo, in caso di menomazioni o difetti fisici preesistenti, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata solo per le dirette conseguenze causate dall'infortunio come se quest'ultimo avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ALLEGATO 1

TABELLA DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE – TABELLA INAIL

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente - Tabella INAIL" di seguito riportata, convenzionalmente chiamata Tabella INAIL.

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE - TABELLA INAIL

(Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 escluse successive modifiche ed integrazioni)

Perdita totale anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva:			
Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%

NOTE:

1. in caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. la valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale;
3. nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
4. la perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%;
5. in caso di afachia monolaterale con:
 - visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%;
 - visus corretto di 7/10 18%;
 - visus corretto di 6/10 21%;
 - visus corretto di 5/10 24%;
 - visus corretto di 4/10 28%;
 - visus corretto di 3/10 32%;
 - visus corretto inferiore a 3/10 35%;
6. in caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la percentuale riportata nella tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Perdita di un testicolo	0%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
per disarticolazione scapolo-omeroale	85%	75%
per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	

	Destro	Sinistro
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a. in semipronazione:	30%	25%
b. in pronazione	35%	30%
c. in supinazione	45%	40%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a. in semipronazione	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%
c. in supinazione	55%	50%
d. quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a. in semipronazione	22%	18%
b. in pronazione	25%	22%
c. in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto é valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

N.B.: In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

APPENDICE NORMATIVA

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

CODICE CIVILE

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

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

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

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

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

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

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

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

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

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

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 – Criteri di redazione

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

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

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