

#### GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero i cittadini comunitari che abbiano fatto richiesta d'iscrizione Anagrafica ad un Comune italiano;

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione;

**Azienda Ospedaliera:** struttura di ricovero pubblica adibita anche a prestazioni specialistiche;

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

**Contraente:** la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;

**Day hospital:** la degenza senza pernottamento presso un'Azienda Ospedaliera, così come definita nel presente Glossario;

**Domicilio:** il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato;

**Durata contratto:** il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato;

**Europa:** tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo, con esclusione della Federazione Russa;

**Estero:** tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia;

**Familiari:** coniuge/convincente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati.

**Franchigia:** importo prestabilito che rimane a carico dell'assicurato per ciascun sinistro;

**Impresa:** Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;

**Indennizzo o Indennità:** la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche permanenti oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalità permanente oppure un'inabilità temporanea totale o parziale.

**Intervento chirurgico:** atto medico praticato in sala operatoria presso un'Azienda Ospedaliera, perseguibile attraverso un'azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;

**Italia:** il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino;

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

**Malattia preesistente:** malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;

**Massimale:** somma fino a concorrenza della quale l'Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione;

**Medicinali:** sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;

**Mondo:** tutti i paesi del mondo esclusi Stati Uniti e Canada;

**Nucleo Familiare:** il coniuge/convincente ed i figli conviventi con l'Assicurato, risultanti dallo Stato di Famiglia;

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

**Residenza:** il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;

**Ricovero:** la degenza, comportante pernottamento, in Azienda Ospedaliera;

**Rischio:** probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;

**Scoperto:** la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro;

**Sinistro:** il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

**Terzo:** di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato non ché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia; b) i dipendenti dell'assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.

#### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazione BUSINESS Mod. 1206002121/Z (ed. 2018-01) – Ultimo aggiornamento 01/01/2018

#### SEZIONE 1 – SPESE MEDICHE

##### Art. 1.1 – Oggetto dell'assicurazione

Nel limite del massimale per Assicurato pari a € 10.000,00 per anno e per evento, l'Impresa s'impegna a rimborsare le spese sostenute per prestazioni ospedaliere urgenti, rese necessarie da malattia o infortunio.

Per prestazioni ospedaliere urgenti s'intendono tutte le prestazioni mediche effettuate in ambito ospedaliero pubblico, in regime di ricovero e non, conseguenti a una richiesta proveniente da un Pronto Soccorso e avente un codice di urgenza pari o superiore a quello giallo, rosso o codice equivalente. Sono comunque escluse dalla presente copertura tutte le spese conseguenti a situazioni patologiche insorte anteriormente alla sottoscrizione/adesione della polizza o comunque pregresse, recidivanti o croniche.

##### Art. 1.2 – Franchigia

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta che rimane a carico dell'Assicurato pari ad € 5.000,00 in caso di malattia e di € 3.000,00 in caso di infortunio.

Art 1.3 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa (Carenza)  
 La garanzia decorre dalle ore 24.00:

Dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione per i sinistri da infortunio  
 Dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per i sinistri malattia

E ha validità per 365 giorni.

In caso di sinistro contattare **IMMEDIATAMENTE** la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde:

**800 894123**

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039. 9890702 comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome;
- Numero di polizza;
- Motivo della chiamata;
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarvi.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

**Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.**  
**Ufficio Sinistri**  
**Via Paracelso, 14 – Centro Colleoni**  
**20864 AGRATE BRIANZA (MB)**

**Art. 2 – Esclusioni generali** Restano espressamente escluse dalla presente copertura le spese derivanti da:

1. mancata denuncia dell'Assicurato alla Centrale Operativa dell'Impresa dell'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di Pronto Soccorso;
2. dolo del Contraente o dell'Assicurato;
3. patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana e dal puerperio;
4. interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
5. uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali;
6. pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante;
7. atti di temerarietà;
8. attività sportive svolte a titolo professionale;
9. partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni;
10. gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
11. svolgimento di attività che implicino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;

Non è consentita la stipulazione di più coperture con Nobis Compagnia di Assicurazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie o prolungare il periodo di copertura di un rischio già in corso.

L'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa autorizzate.

### Art. 3 – Persone non assicurabili

Premesso che l'Impresa, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato si trovava in una delle seguenti condizioni escluse dalla polizza (uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, nel caso una o più delle malattie o disturbi sopra richiamati insorgano durante il periodo di validità della copertura, si applicherà quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile, a norma del quale risulteranno assicurabili le persone che al momento dell'adesione alla polizza non abbiano ancora compiuto il 75° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite fino alla successiva scadenza annuale.

### Art. 4 – Esclusione di compensazioni alternative

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

### Art. 5 – Durata delle singole applicazioni

Le garanzie saranno operative in base a quanto indicato sul certificato di applicazione, qualora sia stato corrisposto il relativo premio e in base a quanto stabilito nel precedente articolo 1.3. L'applicazione cesserà immediatamente alla data di scadenza indicata nella scheda di polizza, senza obbligo di disdetta da parte del Contraente e con espressa esclusione di qualsivoglia tacito rinnovo.

Il periodo effettivo di copertura è indicato sulla scheda di polizza e comunque non potrà superare i 365 giorni.

### Art. 6 – Durata del contratto – Tacito rinnovo

Il contratto ha durata di un anno.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata AR spedita almeno trenta giorni prima della scadenza da una Parte all'altra, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

### Art. 7 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso telefonico e scritto all'Impresa secondo le modalità previste. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

### Art. 8 – Estensione territoriale

L'assicurazione ha validità esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

### Art. 9 – Criteri di liquidazione dei sinistri

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

L'Impresa provvederà al pagamento, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro. Sono rimborsabili esclusivamente le spese preventivamente autorizzate dall'Impresa, in assenza di tale, preventiva, autorizzazione, nulla sarà rimborsabile.

### Art. 10 – Legge – giurisdizione

Le Parti convengono che il presente contratto sarà regolato dalla Legge Italiana. Le Parti convengono altresì che qualunque controversia nascente dal presente contratto sarà soggetta alla giurisdizione italiana.

### Art. 11 – Recesso in caso di sinistro

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

Il recesso ha effetto:

- nel caso di recesso dal Contraente: dalla data di invio della sua comunicazione;

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

In caso di recesso esercitato dall'Impresa, il Contraente (decorsi 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso) non potrà più includere nuove applicazioni.

L'Impresa può inoltre riservarsi di confermare il proseguimento della copertura assicurativa per tutte le applicazioni attive fino alla loro naturale scadenza o al contrario, mettendo a disposizione di ogni singolo Assicurato (per tramite del Contraente) la parte di premio pagata e non goduta, può decidere di recedere anche da tutte le applicazioni attive.

L'Impresa ha facoltà di inviare la comunicazione di recesso anche al singolo assicurato solo nei seguenti casi:

- due o più sinistri liquidati in un anno;

OPPURE

- un sinistro liquidato per un importo uguale o superiore a € 3.500,00.

### Art. 12– Imposte e tasse

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

### Art. 13– Rivalsa

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

### Art. 14 – Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Il premio è determinato in base ai dati indicati sulla scheda di polizza con riferimento alla durata del soggiorno, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati. Il Contraente/Assicurato è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente, rese al momento della stipula del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, o di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze stesse che comportano aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in applicazione di quanto previsto dagli artt. 1892 – 1893 – 1894 e 1898 del Codice Civile.

### Art. 15 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Per sottoscrivere la presente polizza, il premio e le eventuali rate di premio successive indicate nella scheda di polizza devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'Impresa che indicano la data del pagamento e recano la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

### Art. 16 – Obblighi del Contraente

Con riferimento ai contratti in forma collettiva in cui gli assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il contraente si obbliga a consegnare su supporto durevole, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le condizioni di assicurazione ed il relativo glossario.

Qualora i contratti collettivi di cui al comma precedente prevedano un'assicurazione accessoria ad un prodotto o servizio e l'importo dei premi complessivamente dovuti per la copertura, indipendentemente dalle modalità di rateazione, non sia superiore a 100 euro, in luogo della documentazione di cui al comma precedente il Contraente consegna un documento concordato con l'Impresa che riporti la denominazione dell'Impresa, l'oggetto della copertura assicurativa, le modalità per acquisire sia le condizioni di assicurazione che le informazioni sulla procedura di liquidazione della prestazione assicurata. Il contraente ha l'obbligo di consegnare tale ultimo documento in occasione dell'acquisto del prodotto o del servizio.

### Art. 17 – Gestione dei rapporti assicurativi via web

Il contraente e l'assicurato, in presenza dei requisiti previsti dalla vigente normativa, potranno richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa [www.nobis.it](http://www.nobis.it) la voce "Richiedi le tue credenziali" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina. Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa invia una e-mail all'indirizzo registrato con la login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.

L'accesso all'area riservata da diritto, a partire dal 30.10.2013, alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- le coperture assicurative in essere;
- le condizioni contrattuali sottoscritte;
- 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 +39.0399890702

## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro contattare **IMMEDIATAMENTE** la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde:

**800 894123**

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero **+39.039.9890702** comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome;
- Numero di polizza; **1206002121/Z**
- Motivo della chiamata;
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarvi.

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

**Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.**  
**Ufficio Sinistri**  
**Via Paracelso, 14 – Centro Colleoni**  
**20864 AGRATE BRIANZA (MB)**

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

### In caso di spese mediche

- certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito;
- in caso di ricovero, copia completa della cartella clinica;
- prescrizione medica e originale delle notule, fatture, ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali, con le ricevute originali dei farmaci acquistati.
- numero della polizza.
- copia del documento d'identità (o equivalente) dell'Assicurato nonché copia dell'avvenuta iscrizione al Comune italiano di residenza.

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

**IMPORTANTE!**

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

### Per eventuali reclami scrivere a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Reclami  
Centro Direzionale Colleoni  
Via Paracelso, 14  
20864 Agrate Brianza (MB) – Fax 039 6890432 – [reclami@nobis.it](mailto:reclami@nobis.it)

### in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

Fascicolo Informativo BUSINESS Mod. 1206002121/Z (ed. 2018-01)