



NOBIS INTERNATIONAL HEALTH SCHENGEN

MODELLO 1206 - POLIZZA N. 204288925 - NOBIS INTERNATIONAL HEALTH SCHENGEN EDIZIONE 01.02.2026

VALIDO AI FINI DELLA RICHIESTA

VISTO SCHENGEN UNIFORME - VISTO NAZIONALE DI LUNGA DURATA - RILASCIO/RINNOVO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO - VIAGGI INDIVIDUALI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHIO SPESE MEDICHE - ASSISTENZA ALLA PERSONA

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:

- a) Dip Danni;
- b) Dip Aggiuntivo;
- c) Glossario;
- d) Condizioni di assicurazione;

che devono essere consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

CONTATTI UTILI

ASSISTENZA H24 - 7 GIORNI SU 7

NUMERO VERDE dall'Italia
800.894123

NUMERO dall'estero
+39.039.9890702

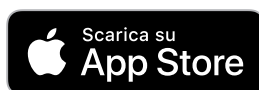
SCARICA NOBIS CON TE, PER PORTARE LA TUA ASSICURAZIONE SEMPRE CON TE!

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

- ✓ tutte le polizze sottoscritte con la documentazione contrattuale
- ✓ i dati dell'intermediario sempre a disposizione
- ✓ uno spazio semplice per gestire i sinistri
- ✓ assistenza in tempo reale, 24 ore al giorno



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



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Nobis International Health Schengen

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 seguente documento:

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La Polizza presenta una serie di garanzie preposte alla tutela dei cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia e nei paesi dell'Area Schengen in possesso di Visto d'ingresso o di Permesso di Soggiorno o di ricevuta provvisoria, che attesta il rilascio/rinnovo emessa dalla competente Autorità, elaborate per offrire una protezione verso gli accadimenti dannosi e gli imprevisti che si verificano più frequentemente, quali le spese per cure mediche e le prestazioni di Assistenza alla persona, il trasporto sanitario organizzato ed il rimpatrio della salma. *Sono altresì compresi i cittadini extracomunitari, provenienti da Paesi esonerati dal rilascio di Visti di Breve Durata (V.S.U.) durante la loro permanenza in Italia e nei paesi dell'Area Schengen, per un periodo massimo di 90 giorni ogni 180 giorni.*

Si rammenta come le coperture effettivamente operanti saranno esclusivamente quelle risultanti dal Certificato di Assicurazione rilasciato all'Assicurato.



CHE COSA È ASSICURATO?

✓ **Spese mediche** (Garanzia base o plus obbligatoria è sempre operante a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio)
Nel limite dei massimali per Assicurato indicati sul Certificato di Assicurazione, verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il soggiorno, per cure o interventi urgenti, imprevedibili e non procrastinabili, conseguenti a malattia non preesistente o Infortunio manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.
Limitatamente ai contratti V.S.U. della durata massima del soggiorno di 90 giorni, anche non consecutivi, su un periodo di 180 giorni, saranno inoltre comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti alla decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione.
La presente garanzia opererà anche in relazione alle spese, rientranti nelle fattispecie poc'anzi indicate, collegate all'infezione da Covid-19 eventualmente contratta dall'Assicurato durante il periodo di validità della polizza.

L'Assicurato può scegliere tra le seguenti 2 Opzioni:

GARANZIA BASE - limite del massimale per Assicurato di € 30.000,00

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura, con il limite per la retta giornaliera di degenza pari a € 300,00;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia non preesistente o infortunio, salvo quanto indicato nel II comma dell'art.17;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati) entro il limite di € 500,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di € 250,00;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 1.000,00.

GARANZIA PLUS - limite del massimale per Assicurato di € 100.000,00

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura, con il limite per la retta giornaliera di degenza pari a € 500,00;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia non preesistente o infortunio, salvo quanto indicato nel II comma dell'art.17;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati) entro il limite di € 700,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di € 500,00;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 1.500,00.

✓ **Assistenza alla persona** (Garanzia obbligatoria, sempre operante a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio)

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, le prestazioni contrattualmente previste nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro o in natura.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

- ✗ Non possono essere assicurati i soggetti non regolarmente soggiornanti in Italia e nei paesi dell'Area Schengen e/o non in possesso di Visto d'ingresso o di Permesso di Soggiorno o di ricevuta provvisoria, che attesta il rilascio/rinnovo emessa dall'Autorità competente.
- ✗ Non sono assicurabili le persone che fanno uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, presentano tossicodipendenze da alcool o droghe, persone con patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali.
- ✗ Non sono assicurabili le persone che, il giorno di decorrenza del contratto, abbiano superato un'età anagrafica di 80 anni salvo quanto indicato all'Art.16 delle condizioni di assicurazione.
- ✗ Non sono assicurabili le persone giuridiche.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

- ! Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri determinati da:
 - stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi;
 - stato di belligeranza dichiarata o di fatto di Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia;
 - terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
 - dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
 - viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
 - viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
 - viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
 - inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
 - malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato alla data di decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione;
 - sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti alla decorrenza indicata sul Certificato di Assicurazione, limitatamente ai contratti V.S.U. della durata massima del soggiorno di 90 giorni, anche non consecutivi, su un periodo di 180 giorni;
 - suicidio o tentativo di suicidio;
 - patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
 - interruzione volontaria di gravidanza, espanto e/o trapianto di organi;
 - uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;
 - pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche

Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus denominato "Covid-19";

- 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, sci alpinismo, bobsleigh, 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, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m.;
 - atti di temerarietà;
 - attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni;
 - gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
 - le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
 - parto (anticipato, prematuro o a termine) svoltosi durante la validità della polizza;
 - svolgimento di attività che implicano l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
 - eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.
- Resta espressamente inteso come il Certificato di Assicurazione dovrà essere emesso obbligatoriamente prima della decorrenza delle coperture.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ L'assicurazione ha validità in Italia e negli altri stati membri che applicano integralmente le disposizioni dell'aquis di Schengen.



CHE OBBLIGHI HO?

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

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

Il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro, deve darne avviso telefonico oppure scritto all'Impresa secondo le modalità previste dalle singole garanzie. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Per sottoscrivere la presente polizza, il premio e le eventuali rate di premio successive indicati nel Certificato di Assicurazione 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.

Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa.

Il premio è già comprensivo di imposte.

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

La polizza è valida per i cittadini extracomunitari che soggiornano regolarmente in Italia o Area Schengen, in base alle disposizioni previste dall'acquis di Schengen, o che sono titolari ovvero hanno richiesto un Visto Schengen Uniforme, un Visto Nazionale, il rilascio/rinnovo del Permesso di Soggiorno.

Le garanzie saranno operative dalla data d'ingresso dell'Assicurato in Italia o negli altri stati membri, che applicano integralmente le disposizioni dell'acquis di Schengen, ed avranno una durata pari al numero di giorni indicati nel Certificato di Assicurazione, a condizione che la permanenza nello Spazio Schengen avvenga nel periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza indicate nel Certificato di Assicurazione.

Resta inteso che, come previsto dal Regolamento (CE) n.810/2009 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 luglio 2009 (Codice dei Visti), la permanenza massima non potrà superare il periodo di 90 giorni, anche non consecutivi, durante il periodo di 180 giorni per il V.S.U., ad eccezione del V.N. di lunga durata e del Permesso di Soggiorno, dove la permanenza potrà essere prorogata fino ad un anno.

La copertura assicurativa cesserà immediatamente alla data di scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione, senza obbligo di disdetta.

Il periodo effettivo di copertura è indicato nel Certificato di Assicurazione e, comunque, non potrà superare i 90 giorni, anche non consecutivi, per ciascun periodo di 180 giorni per i V.S.U., un anno per i V.N. di lunga durata ed un anno per il Permesso di Soggiorno.

Non è consentita la stipula di più polizze contemporaneamente, intestate allo stesso Assicurato, ai fini di elevare i massimali assicurati.

È consentito, al termine del contratto in corso, richiedere emissione di nuova polizza per prorogare le garanzie assicurate, nel limite e nel rispetto di quanto stabilito dalle norme in materia di rilascio del V.S.U., del V.N. di lunga durata e del Permesso di Soggiorno.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Per gli Assicurati il contratto di assicurazione si risolve automaticamente alla sua scadenza naturale e non può essere tacitamente rinnovato.

Nel caso in cui la polizza sia commercializzata mediante la vendita diretta, l'Assicurato dispone di un termine di quattordici giorni per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo. L'Assicurato non avrà la possibilità di recedere qualora il contratto sia stato già presentato alle Autorità competenti e sia stato rilasciato/denegato il Visto d'ingresso o il Permesso di Soggiorno.

L'impresa si riserva altresì la facoltà di effettuare accertamenti presso le Autorità competenti in relazione all'effettivo rilascio del Visto d'ingresso o del Permesso di Soggiorno in relazione alla validità della polizza segnalando eventuali irregolarità.

ASSICURAZIONE MULTIGARANZIA

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



Prodotto: International Health Schengen
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 Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 20864 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 esclusivamente alla giurisdizione italiana.

Prodotto



CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alla garanzia "Spese mediche", non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Dip Danni.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa per ciascuna garanzia è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

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

Assistenza alla persona

Si specifica che la garanzia comprende le fattispecie indicate nelle Condizioni di Assicurazione, Sezione III, Capitolo 2, dall'art. 20 all'art. 27.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Dip danni.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le esclusioni generali, valide per tutte le garanzie, sono già state indicate nel Dip Danni.

Di seguito si riportano le Esclusioni, gli Scoperti e le Franchigie specificatamente operanti per ciascuna garanzia.

Spese Mediche

FRANCHIGIA E SCOPERTO - Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 150,00 che rimane a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00, in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 150,00.

Resta inteso che per gli importi superiori ad € 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

ESCLUSIONI - Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono escluse le spese per cure dentarie, fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L'assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.

	<p>La garanzia "Spese mediche" è operante per un periodo non superiore a 110 giorni complessivi di degenza ospedaliera. Resta inteso che al verificarsi di una delle fattispecie previste nel quarto e nel quinto capoverso dell'art. 24, nessuna ulteriore richiesta relativa alle spese mediche sarà presa in carico dall'Impresa.</p>
Assistenza alla persona	<p>ESCLUSIONI - Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. 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. 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 organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) unicamente nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'Assicurato. Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario, l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa dall'Impresa. Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa dall'Impresa. Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.</p>
<p>Per ogni singola garanzia indicata nel presente prodotto ed esplicitamente sottoscritta dal contraente sono previste somme assicurabili, identificate nel dettaglio nella Scheda di polizza, i limiti ed eventuali franchigie o scoperti. 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.</p>	



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Ferme le caratteristiche indicate sempre nel DIP Danni, il presente contratto è rivolto alle persone fisiche, cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia e nei paesi dell'Area Schengen in possesso di Visto d'ingresso o di Permesso di Soggiorno o di ricevuta provvisoria, che attesta il rilascio/rinnovo emessa dalla competente Autorità.
 È altresì rivolto ai cittadini extracomunitari, provenienti da Paesi esonerati dal rilascio di Visti di Breve Durata (V.S.U.) durante la loro permanenza in Italia e nei paesi dell'Area Schengen, per un periodo massimo di 90 giorni ogni 180 giorni.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del viaggio (area territoriale prescelta) al quale la polizza è abbinata e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario 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 Colleoni n. 21, 20864 Agrate Brianza (MB), fax 039/6890.432, mail: 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 n. 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	<p>Al presente contratto di assicurazione si applica il seguente trattamento fiscale:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ramo 2 – Malattia: imposte sul premio pari al 2,5%;- Ramo 18 – Assistenza: imposte sul premio imponibile pari al 10%. <p>Le garanzie contemplate nel presente contratto non rientrano tra quelle per le quali la legge prevede la detrazione fiscale del premio.</p>
---	---

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Diritto all'oblio oncologico	<p>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.</p> <p>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).</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<p>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.</p>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<p>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.</p> <p>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.</p>

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.

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI	1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
Art. 1 – Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art. 2 – Persone non assicurabili.....	3
Art. 3 – Esclusione di compensazioni alternative.....	3
Art. 4 – Validità, decorrenza e durata delle garanzie e delle applicazioni.....	3
Art. 5 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	3
Art. 6 – Estensione territoriale.....	3
Art. 7 – Criteri di liquidazione dei sinistri	3
Art. 8 – Liquidazione dei danni/nomina dei periti.....	4
Art. 9 – Legge - Giurisdizione.....	4
Art. 10 – Integrazione documentazione di denuncia del sinistro	4
Art. 11 – Diritto di recesso dell'Assicurato (<i>valido solo per polizze commercializzate con la c.d. vendita diretta</i>).....	4
Art. 12 – Imposte e tasse.....	4
Art. 13 – Rivalsa	4
Art. 14 – Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie	4
Art. 15 – Pagamento del premio e decorrenza e scadenza della garanzia.....	5
Art. 16 – Limiti di età	5
Art. 16 Bis – Sanctions Clause.....	5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE.....	6
Capitolo 1 – Rimborso Spese Mediche	6
Art. 17 – Oggetto dell'assicurazione	6
Art. 18 – Franchigia e scoperto.....	6
Art. 19 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia spese mediche.....	6
Capitolo 2 – Assistenza alla Persona	6
Art. 20 – Oggetto dell'assicurazione	6
Art. 21 – Consulenza medica telefonica	7
Art. 22 – Trasporto sanitario organizzato (valido per assicurati non residenti in Italia).....	7
Art. 23 – Trasporto sanitario organizzato (valido per assicurati residenti in Italia).....	7
Art. 24 – Trasporto della salma	7
Art. 25 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia assistenza alla persona	7
Art. 26 – Responsabilità.....	7
Art. 27 – Restituzione di titoli di viaggio	7
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO	8
Art. 28 – Cosa fare in caso di sinistro	8
APPENDICE NORMATIVA	9
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)	11

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 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.

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero sia i cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia e nei paesi dell'Area Schengen in possesso di Visto d'ingresso o di Permesso di Soggiorno o di ricevuta provvisoria, che attesta il rilascio/rinnovo emessa dalla competente Autorità. Sono altresì compresi i cittadini extracomunitari, provenienti da Paesi esonerati dal rilascio di Visti di Breve Durata (V.S.U.) durante la loro permanenza in Italia e nei paesi dell'Area Schengen, per un periodo massimo di 90 giorni ogni 180 giorni;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

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;

Certificato di Assicurazione: il documento, rilasciato all'Assicurato, che prova l'assicurazione, contenente tutte le informazioni relative alle coperture assicurative;

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

Day hospital: la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura;

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

Franchigia: importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro;

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

Incendio: la combustione con sviluppo di fiamma;

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 oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea totale o parziale;

Intervento chirurgico: atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, 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;

Intermediario: Grego Assicurazioni e Servizi S.a.s.;

Istituto di cura: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15 marzo 2010 n. 38;

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 decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione;

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;

Paese di Provenienza: il Paese extraeuropeo di origine dell'Assicurato, indicato nel Certificato di Assicurazione;

Paesi Schengen: i paesi che applicano integralmente le disposizioni dell'acquis di Schengen;

Permesso di Soggiorno: è un documento rilasciato ai cittadini non appartenenti all'Unione Europea che consente loro di soggiornare legalmente in Italia per un periodo determinato, in conformità con le normative italiane sull'immigrazione;

Premio: la somma dovuta dall'Assicurato all'Impresa;

Residenza/Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora durante la sua permanenza in Italia o nei Paesi dell'area Schengen;

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura;

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;

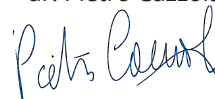
Terzo: di norma non rivestono qualifica di Terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia; b) i dipendenti dell'Assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;

V.S.U. - Visto Schengen Uniforme: autorizzazione rilasciata da uno Stato membro dell'area Schengen che permette ai cittadini di paesi terzi di entrare e soggiornare nello spazio Schengen per soggiorni di breve durata, (tipo C). Questo visto permette la libera circolazione all'interno dei paesi aderenti all'accordo di Schengen, senza ulteriori controlli alle frontiere interne. La durata massima è pari a 90 giorni ogni 180 giorni, calcolati dalla data di primo ingresso. Gli ingressi possono essere uno, due o più ingressi. Se ricorrono le condizioni possono essere rilasciati Visti Uniformi Schengen con validità di un anno (C1), due anni (C2), tre anni (C3) o cinque anni (C5).

V.N. - Visto Nazionale di lunga durata, tipo D: è un'autorizzazione che permette ai cittadini extracomunitari di soggiornare in Italia per più di 90 giorni. È rilasciato dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero e deve essere richiesto prima di entrare in Italia.

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

1206 - POLIZZA N. 204288925 - Nobis International Health Schengen (ed. 2026) Ultimo aggiornamento 01/02/2026

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

Art. 1 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Il premio è determinato in base ai dati indicati sul Certificato di Assicurazione.

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/Assicurato, 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. 2 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che l'Impresa, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato fosse in una delle seguenti condizioni escluse dalla polizza: uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a 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 polizza, si applicherà quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Non sono altresì assicurabili le persone indicate al successivo art. 16.

Art. 3 - 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. 4 - VALIDITÀ, DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE E DELLE APPLICAZIONI

La polizza è valida per i cittadini extracomunitari che soggiornano regolarmente in Italia o Area Schengen, in base alle disposizioni previste dall'acquis di Schengen, o che sono titolari ovvero hanno richiesto un Visto Schengen Uniforme, un Visto Nazionale, il rilascio/rinnovo del Permesso di Soggiorno.

Le garanzie saranno operative dalla data d'ingresso dell'Assicurato in Italia o negli altri stati membri, che applicano integralmente le disposizioni dell'acquis di Schengen, ed avranno una durata pari al numero di giorni indicati nel Certificato di Assicurazione, a condizione che la permanenza nello Spazio Schengen avvenga nel periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza indicate nel Certificato di Assicurazione.

Resta inteso che, come previsto dal Regolamento (CE) n.810/2009 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 13 luglio 2009 (Codice dei Visti), la permanenza massima non potrà superare il periodo di 90 giorni, anche non consecutivi, durante il periodo di 180 giorni per il V.S.U., ad eccezione del V.N. di lunga durata e del Permesso di Soggiorno, dove la permanenza potrà essere prorogata fino ad un anno.

La copertura assicurativa cesserà immediatamente alla data di scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione, senza obbligo di disdetta.

Il periodo effettivo di copertura è indicato nel Certificato di Assicurazione e, comunque, non potrà superare i 90 giorni, anche non consecutivi, per ciascun periodo di 180 giorni per i V.S.U., un anno per i V.N. di lunga durata ed un anno per il Permesso di Soggiorno.

Non è consentita la stipula di più polizze contemporaneamente, intestate allo stesso Assicurato, ai fini di elevare i massimali assicurati.

È consentito, al termine del contratto in corso, richiedere emissione di nuova polizza per prorogare le garanzie assicurate, nel limite e nel rispetto di quanto stabilito dalle norme in materia di rilascio del V.S.U., del V.N. di lunga durata e del Permesso di Soggiorno.

Art. 5 - 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 alle singole garanzie. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda a quanto indicato nella Sezione IV "Denuncia del sinistro e indennizzo" del presente contratto.

Art. 6 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità in Italia e negli altri stati membri che applicano integralmente le disposizioni dell'acquis di Schengen.

Art. 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato, l'Impresa restituisce i precitati originali, 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 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 a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche.

Nei casi in cui l'Impresa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate a termini di polizza sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa contattata preventivamente.

Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

Per gli importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

Art. 8 - LIQUIDAZIONE DEI DANNI/NOMINA DEI PERITI

La quantificazione del danno sarà effettuata dall'Impresa mediante accordo diretto fra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo, essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del Terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale dell'Impresa. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del Terzo Perito. Le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Art. 9 - 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. 10 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola garanzia/prestazione.

La mancata produzione dei documenti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 11 - DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO (*valido solo per polizze commercializzate con la c.d. vendita diretta*)

L'Assicurato dispone di un termine di quattordici giorni per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo. Il termine durante il quale può essere esercitato il diritto di recesso decorre alternativamente:

a) dalla data della conclusione del contratto;

b) dalla data in cui il consumatore riceve le condizioni contrattuali e le informazioni di cui all'articolo 67-undecies del D.Lgs n. 209 del 07 settembre 2005, se tale data è successiva a quella di cui alla lettera a).

Per esercitare il diritto di recesso, l'Assicurato deve inviare, prima dello scadere del termine, una comunicazione scritta al fornitore, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento presso la sede legale dell'Impresa all'indirizzo poco sopra richiamato, dichiarando, con questa comunicazione, che in tale periodo non siano avvenuti sinistri di alcun tipo.

Qualora si sia effettivamente verificato un sinistro, il diritto al recesso non potrà essere esercitato. Nel caso di dichiarazione non rispondente alla realtà dei fatti, l'Impresa avrà diritto di rivalersi nei confronti dell'Assicurato per ogni spesa e/o onere sostenuto direttamente e/o indirettamente connesso.

Nei confronti dell'Assicurato che esercita il diritto di recesso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

L'Assicurato non avrà la possibilità di recedere qualora il contratto sia stato già presentato alle Autorità competenti e sia stato rilasciato/denegato il visto o il Permesso di Soggiorno.

L'impresa si riserva altresì la facoltà di effettuare accertamenti presso le Autorità competenti in relazione all'effettivo rilascio del Visto d'ingresso o del Permesso di Soggiorno in relazione alla validità della polizza segnalando eventuali irregolarità.

Qualora l'Assicurato non eserciti il diritto di recesso, il contratto troverà piena ed integrale applicazione nei termini pattuiti.

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 - ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi;
- stato di belligeranza dichiarata o di fatto di Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia;
- terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
- dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;

- malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato alla data di decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione;
- Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti alla decorrenza indicata sul Certificato di Assicurazione, limitatamente ai contratti V.S.U. della durata massima del soggiorno di 90 giorni, anche non consecutivi, su un periodo di 180 giorni;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
- interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;
- pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus denominato "Covid-19";
- 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, sci alpinismo, 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, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m.;
- atti di temerarietà;
- attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni;
- gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
- le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- parto (anticipato, prematuro o a termine) svoltosi durante la validità della polizza;
- svolgimento di attività che implicano l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendono impossibile prestare Assistenza.

Resta espressamente inteso come il Certificato di Assicurazione dovrà essere emesso obbligatoriamente prima della decorrenza delle coperture.

Art. 15 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA

Per sottoscrivere la presente polizza il premio indicato nel Certificato di Assicurazione deve essere pagato entro la decorrenza della polizza, contro il rilascio del Certificato di Assicurazione da parte dell'Impresa ovvero da parte dell'Intermediario incaricato, che indica la data del pagamento e reca la firma (autografa o digitale) della persona autorizzata a riscuotere il premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dall'ora immediatamente successiva a quella del pagamento, evidenziata sul Certificato di Assicurazione. L'assicurazione cessa alle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, senza obbligo di disdetta e non può essere tacitamente rinnovata.

Art. 16 – LIMITI DI ETÀ

Ai sensi del presente contratto risulteranno assicurabili unicamente le persone che, il giorno di decorrenza del contratto, non abbiano superato un'età anagrafica di 80 anni. Ne deriva che non potranno essere assicurate le persone che abbiano superato tale limite, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore per le persone già assicurate che superino tale limite di età nel corso del rapporto contrattuale, fino alla scadenza indicata nel Certificato di Assicurazione.

La limitazione di cui sopra non opererà per gli Assicurati che facciano richiesta di V.S.U., o che abbiano la cittadinanza di Paesi esenti dalla richiesta di V.S.U., restando inteso che in detti casi la copertura sarà operante per un periodo massimo di 90 giorni, anche non consecutivi, su un periodo di 180 giorni.

Art. 16 Bis – SANCTIONS CLAUSE

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

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 2 capitoli principali [*Spese mediche - Assistenza alla persona*] che disciplinano le garanzie oggetto della presente Assicurazione, inclusi le relative prestazioni, limiti ed esclusioni.

CAPITOLO 1 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

(Garanzia obbligatoria sempre operante a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio)

Art. 17 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati sul Certificato di Assicurazione, verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il soggiorno, per cure o interventi urgenti, imprevedibili e non procrastinabili, conseguenti a malattia non preesistente o infortunio manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.

Limitatamente ai contratti V.S.U. della durata massima del soggiorno di 90 giorni, anche non consecutivi, su un periodo di 180 giorni, saranno inoltre comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti alla decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione.

La presente garanzia opererà anche in relazione alle spese, rientranti nelle fattispecie poc'anzi indicate, collegate all'infezione da Covid-19 eventualmente contratta dall'Assicurato durante il periodo di validità della polizza.

GARANZIA BASE - limite del massimale per Assicurato di € 30.000,00

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura, con il limite per la retta giornaliera di degenza pari a € 300,00;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia non preesistente o infortunio, salvo quanto indicato nel II comma dell'art.17;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati) entro il limite di € 500,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di € 250,00;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 1.000,00.

GARANZIA PLUS - limite del massimale per Assicurato di € 100.000,00

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura, con il limite per la retta giornaliera di degenza pari a € 500,00;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia non preesistente o infortunio, salvo quanto indicato nel II comma dell'art.17;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati) entro il limite di € 700,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di € 500,00;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 1.500,00.

Art. 18 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 150,00 che rimane a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 150,00.

Resta inteso che, per gli importi superiori ad € 1.000,00, nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

Art. 19 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA 'SPESE MEDICHE'

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono escluse le spese per cure dentarie, fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L'assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.

La garanzia 'Spese mediche' è operante per un periodo non superiore a 110 giorni complessivi di degenza ospedaliera.

Resta inteso che al verificarsi di una delle fattispecie previste nel quarto e nel quinto capoverso dell'art. 24, nessuna ulteriore richiesta relativa alle spese mediche sarà presa in carico dall'Impresa.

CAPITOLO 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

(Garanzia obbligatoria sempre operante a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio)

Le attività di servizio inserite nella garanzia 'Assistenza alla persona' sono offerte a titolo gratuito

Art. 20 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

Art. 21 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora a seguito di malattia o infortunio, occorresse accertare lo stato di salute dell'Assicurato, l'Impresa metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare la prima emergenza sanitaria.

Art. 22 - TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO (VALIDO PER ASSICURATI NON RESIDENTI IN ITALIA)

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto al suo Paese di provenienza.

A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.

Il rientro verso paesi extraeuropei (intendendosi ogni Paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Art. 23 - TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO (VALIDO PER ASSICURATI RESIDENTI IN ITALIA)

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, qualora l'assicurato necessiti di un trasporto sanitario non in emergenza, organizza il trasferimento inviando un'ambulanza, sostenendo le spese di trasporto, fino ad un massimo di € 1.000,00.

Art. 24 - TRASPORTO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo soggiorno, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e **prendendo in carico le spese** necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto), **entro il limite di € 7.500,00**, fino al luogo di inumazione nel Paese di provenienza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma.

Art. 25 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa.

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.

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 organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) unicamente nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'Assicurato. Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario (art. 22-23), l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere – a qualsiasi titolo, ragione o causa – dall'Impresa. Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere – a qualsiasi titolo, ragione o causa – dall'Impresa.

Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

Art. 26 - RESPONSABILITÀ

L'Impresa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di eventi già esclusi ai sensi delle Condizioni Generali e particolari e a seguito di:

- disposizioni delle Autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
- ogni circostanza fortuita od imprevedibile;
- cause di forza maggiore.

Art. 27 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

L'Assicurato è tenuto a consegnare all'Impresa gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati a seguito delle prestazioni godute.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

In questa sezione vengono previste le regole e le modalità per denunciare un sinistro e per ottenere un indennizzo

Art. 28 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Assistenza alla persona

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:

800.894123

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero **+39.039.9890.702** comunicando subito le seguenti informazioni:

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Altre garanzie

Tutti i sinistri devono essere denunciati attraverso una delle seguenti modalità:

via internet (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.

via telefono al numero +39.039/9890.712

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale 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 passaporto dell'Assicurato (pagina con i dati anagrafici dell'Assicurato e pagina recante la data d'ingresso nella Zona Schengen) ovvero, dimostrazione dell'ingresso regolare in Area Schengen.

Per le garanzie di durata superiore a 90 giorni, fotocopia del Permesso di Soggiorno in corso di validità, rilasciato dalle Autorità competenti.

NOTA IMPORTANTE

- Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali delle fatture delle riparazioni nonché gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.

L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. **La mancata produzione dei documenti sopra elencati, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.**

- È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

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

Importante!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'Assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codici ABI, CAB e CIN).

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 – fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it

In caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)
Fax: 06.42133206
PEC: ivass@pec.ivass.it

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. 1455 – Importanza dell'inadempimento

Il contratto non si può risolvere se l'inadempimento di una delle parti ha scarsa importanza, avuto riguardo all'interesse dell'altra.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

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

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

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

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

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

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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

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

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

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

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

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

L'Assicurato che, dolosamente, non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere 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. 1917 – Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile (1) l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'Assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'Assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'Assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2114 – Previdenza e assistenza obbligatorie

Le leggi speciali determinano i casi e le forme di previdenza e di assistenza obbligatorie e le contribuzioni e prestazioni relative.

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.

CODICE DI PROCEDURA PENALE

Art. 535 – Condanna alle spese

La sentenza di condanna pone a carico del condannato il pagamento delle spese processuali [relative ai reati cui la condanna si riferisce].

[2. I condannati per lo stesso reato o per reati connessi sono obbligati in solido al pagamento delle spese. I condannati in uno stesso giudizio per reati non connessi sono obbligati in solido alle sole spese comuni relative ai reati per i quali è stata pronunciata condanna.]

3. Sono poste a carico del condannato le spese di mantenimento durante la custodia cautelare [285, 286], a norma dell'articolo 692.

4. Qualora il giudice non abbia provveduto circa le spese, la sentenza è rettificata a norma dell'articolo 130.

Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), recante disposizioni in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia"), Titolare del trattamento dei dati personale, fornisce l'Informativa ai soggetti interessati che forniscono i propri dati personali durante il rapporto contrattuale e intende trattare tali dati nell'ambito delle attività prestate dalla Compagnia.

1. Titolare del trattamento

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede Legale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21.

2. Tipologia di dati raccolti

I dati raccolti sono dati personali riguardanti persone fisiche identificate o identificabili di cui all'art. 4, par. 1 del GDPR e dati di categorie particolari di cui all'art. 9, par. 1 del GDPR.

3. Finalità

I dati sono raccolti per finalità connesse alle attività della Compagnia come segue:

- a) finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *Contrattuale*);
- b) finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *legale*);
- c) finalità correlate ad attività di post-vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*);
- d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 42 del Regolamento l'vass 41/2018 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. Modalità di trattamento

I dati sono oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.

La Compagnia garantisce la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati personali raccolti, la non visibilità e la non accessibilità da alcuna area pubblica di accesso.

Il trattamento è svolto in forma automatizzata e/o manuale, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza alla sicurezza del trattamento come previsto dall'art. 32 del GDPR.

La Compagnia predispone misure organizzative e tecnologiche idonee affinché questa politica sia seguita all'interno della società al fine di proteggere i dati personali raccolti.

I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

5. Profilazione

La Compagnia non esegue attività di profilazione utilizzando i dati personali raccolti relativi alle finalità di cui al paragrafo 3.

6. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
 - soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e carrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
 - altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consorziali proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
 - soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
 - società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
 - Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.
- Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione

I dati personali raccolti sono inseriti nel database aziendale e conservati per il periodo di tempo consentito, o imposto, dalle normative applicabili nella gestione del rapporto contrattuale e per il tempo necessario ad assicurare la tutela legale, a lei ed al Titolare al termine del quale saranno cancellati o resi anonimi entro i tempi stabiliti dalla norma di legge.

Qualora intervenga la revoca del consenso al trattamento specifico da parte dell'interessato, i dati verranno cancellati o resi anonimi entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della revoca.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato può far valere i diritti previsti dall'art. 15 (diritto di accesso dell'interessato), dall'art. 16 (diritto di rettifica), dall'art. 17 (diritto alla cancellazione, "diritto all'oblio"), dall'art. 18 (diritto di limitazione di trattamento), dall'art. 20 (diritto alla portabilità dei dati) e dall'art. 21 (diritto di opposizione) del Regolamento 2016/679, rivolgendosi mediante lettera RR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi privacy@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente e seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.



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