



Net Insurance S.p.A.



Contratto di Assicurazione Danni

“PASSA SEMPRE”

**POLIZZA INFORTUNI
A PREMIO ANNUO**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA
COMPRESIVA DEL GLOSSARIO, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
ED IL FAC - SIMILE DEL MODULO DI PROPOSTA, DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO E' STATO REDATTO IL 02/02/2015.

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA”





Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

(più avanti anche "Net Insurance S.p.A." o "Assicuratore")

1. Informazioni generali

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni

Codice Fiscale e Numero di Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 06130881003

Numero REA: RM - 948019

Capogruppo del Gruppo Assicurativo Net Insurance, iscrizione Albo Gruppi Assicurativi IVASS n. 23

Sede Legale e Direzione Generale in Italia, Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 Roma

Tel. (06) 89326.1 - Fax (06) 89326.800

Sito Internet: www.netinsurance.it

Indirizzo e-mail: info@netinsurance.it – netinsurance@pec.netinsurance.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS:

- n. 1756 del 18/12/2000,
- n. 2131 del 4/12/2002,
- n. 2444 del 10/7/2006,
- n. 3213000422 del 9/4/2013,
- Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00136

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Net Insurance S.p.A. (dati in milioni di euro)*

Patrimonio Netto Euro 46,411

Capitale Sociale Euro 6,792

Riserve Patrimoniali Euro 39,619

Indice di solvibilità della Gestione Danni 5,51 (rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente)

*I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato.

Eventuali aggiornamenti dei dati sopra riportati, sono consultabili sul Sito Internet: www.netinsurance.it

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione del Contraente su taluni aspetti fondamentali della garanzia (pur non avendo natura di pattuizioni contrattuali) affinché lo stesso possa sottoscrivere il contratto di assicurazione con cognizione di causa e fondatezza di giudizio.

La Polizza "Passa sempre" è un'Assicurazione a Premio annuo con tacito rinnovo.

Il Periodo di Durata dell'Assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di Scadenza dell'Assicurazione, è pari ad un anno.

"Avvertenza"

La disdetta dell'Assicurazione deve essere spedita mediante lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della Scadenza dell'Assicurazione, in difetto quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente, come indicato all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La Polizza "Passa sempre" è composta dalle seguenti 3 Sezioni di garanzia raccolte in un unico fascicolo:

- SEZIONE INFORTUNI
- SEZIONE MALATTIA
- SEZIONE ASSISTENZA

Nella Sezione INFORTUNI l'Assicuratore presta copertura assicurativa contro gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali dichiarate nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità:

- richiamando in Polizza la Condizione Particolare A, la garanzia è limitata allo svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e nel tragitto svolto dall'abitazione alla sede di lavoro e viceversa;



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

- se invece si richiama in Polizza la Condizione Particolare B la garanzia è limitata allo svolgimento di ogni attività svolta senza carattere di professionalità.

È possibile attivare una o più delle seguenti garanzie:

- la garanzia Morte in caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad un Infortunio, riconosce ai Beneficiari la somma assicurata stabilita in Polizza con particolari maggiorazioni in determinati casi quali la commorienza dei coniugi. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 27 al 29 delle Condizioni di Assicurazione;
- la garanzia Invalidità Permanente comporta il pagamento di un Indennizzo calcolato, come da previsioni contrattuali, in base alla somma assicurata ed al grado di Invalidità Permanente accertata al verificarsi di un Infortunio. Per le Invalidità più gravi è prevista una supervalutazione del danno subito. Inoltre, è possibile integrare la garanzia base con una serie di garanzie aggiuntive facoltative, quali ad esempio, il riferimento alle tabelle INAIL per l'accertamento del grado di Invalidità e la supervalutazione di Invalidità relative a specifiche parti del corpo. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 30 al 33, ed alle Condizioni Particolari C e D delle Condizioni di Assicurazione;
- la garanzia Rimborso Spese Sanitarie, al verificarsi di un Infortunio, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in conseguenza dell'Infortunio stesso. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 34 delle Condizioni di Assicurazione;
- la garanzia Diaria da Inabilità Temporanea, riconosce un'indennità giornaliera nel caso in cui un Infortunio impedisca all'Assicurato di attendere totalmente o parzialmente alle proprie occupazioni. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 35 delle Condizioni di Assicurazione;
- la garanzia Diaria da Ricovero e Convalescenza comporta rispettivamente la corresponsione di una diaria per ogni giorno di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio e di una diaria per ogni giorno di Convalescenza domiciliare a seguito del Ricovero stesso. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 36 delle Condizioni di Assicurazione;
- la garanzia Diaria da Gessatura comporta la corresponsione di una diaria per ogni giorno di Gessatura a seguito di Infortunio. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 37 delle Condizioni di Assicurazione.

Sono inoltre previste in Polizza alcune estensioni di garanzia sempre operanti a seguito di determinati Infortuni che subisca l'Assicurato, quali, Esonero Premio, Danni estetici, Perdita Anno Scolastico, Ernie traumatiche, Infortuni conseguenti a scippo e rapina. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 38 al 42 delle Condizioni di Assicurazione.

Nella Sezione MALATTIA l'Assicuratore presta copertura assicurativa contro le Malattie diagnosticate all'Assicurato nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione. È possibile attivare la garanzia di Invalidità Permanente da Malattia che prevede la corresponsione di un capitale al verificarsi di una Malattia invalidante in modo permanente. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 47 al 55 delle Condizioni di Assicurazione.

Nella Sezione ASSISTENZA l'Assicuratore offre all'Assicurato un servizio di Assistenza in grado di risolvere numerose situazioni di difficoltà ed emergenza, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 56 e 57 delle Condizioni di Assicurazione.

Si raccomanda pertanto di leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione.

“Avvertenza”

La Polizza “Passa sempre” prevede la presenza di limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative e la presenza di condizioni di sospensione delle garanzie che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- All'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le persone non assicurabili indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute;
- all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione è indicato che l'omessa comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso Rischio può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.

SEZIONE INFORTUNI

- All'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i casi di esclusione della garanzia assicurativa e gli eventi che non sono considerati Infortunio, e quindi non sono indennizzabili;
- all'art. 23 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite Aggregato di Indennizzo nel caso di un Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con Net Insurance S.p.A.;
- all'art. 24 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite Aggregato di Indennizzo nel caso di un medesimo Sinistro dovuto a movimenti tellurici, alluvioni o inondazioni che colpisca più Assicurati con Net Insurance S.p.A.;



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

- all'art. 25 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti della copertura in caso di Infortunio occorso durante il servizio militare;
- all'art. 26 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti e le esclusioni della copertura in caso di Infortunio occorso durante uno stato di guerra;
- all'art. 29 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i Limiti della maggiorazione di Indennizzo in caso di commorienza dei coniugi;
- all'art. 33 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i Limiti di Indennizzo per Lesioni Tendinee;
- all'art. 34 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti della garanzia Rimborso Spese Sanitarie;
- all'art. 35 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti della garanzia Diaria da Inabilità Temporanea;
- all'art. 36 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti della garanzia Diaria da Ricovero e da Convalescenza;
- all'art. 37 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti della garanzia Diaria da Gessatura;
- all'art. 39 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite di Indennizzo per la garanzia Danni Estetici;
- all'art. 41 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite di Indennizzo per la garanzia Ernie traumatiche;
- all'art. 43 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati gli obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro Infortuni.

SEZIONE MALATTIA

- All'art. 51 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i casi di esclusione della garanzia Invalidità Permanente da Malattia;
- all'art. 54 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati gli obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro da Invalidità Permanente da Malattia.

SEZIONE ASSISTENZA

- nella Premessa ed agli artt. 56 e 57 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti delle Prestazioni della garanzia Assistenza.

“Avvertenza”

Le garanzie della Polizza “Passa sempre” vengono prestate nei limiti dei Massimali corrispondenti alle somme assicurate indicate nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e previa applicazione delle Franchigie e degli Scoperti indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 10, 29, da 31 a 37, da 39 a 42, 49, 53, 56, 57, Condizioni Particolari C e D delle Condizioni di Assicurazione.

Per una migliore comprensione, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il meccanismo di funzionamento:

- la Franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato e corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata. Solitamente viene espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata o ancora, nelle diarie, in un numero di giorni da detrarre dalle indennità giornaliere indennizzabili. Ad esempio: se il danno è quantificabile in € 2.000,00 e le Condizioni di Assicurazione prevedono una Franchigia di € 500,00, l'Indennizzo spettante all'Assicurato sarà pari ad € 2.000,00 (danno) – € 500,00 (Franchigia) = € 1.500,00 (Indennizzo) restando a carico dell'Assicurato stesso la Franchigia di € 500,00;
- lo Scoperto è la percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato. Ad esempio: se il danno è quantificabile in € 1.000,00, e le Condizioni di Assicurazione prevedono uno Scoperto del 10%, l'Indennizzo spettante all'Assicurato sarà pari ad € 1.000,00 (danno) – € 100,00 (Scoperto del 10% del danno di € 1.000,00) = € 900,00 (Indennizzo) restando a carico dell'Assicurato lo Scoperto di € 100,00;
- il Massimale rappresenta la somma assicurata pattuita in Polizza fino alla quale l'Assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il Massimale può essere per Sinistro e/o per Anno Assicurativo. Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'Assicurato. Ad esempio: se il danno è € 5.000,00, ma il Massimale previsto dalle Condizioni di Assicurazione è di € 3.000,00, l'Assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino alla concorrenza di quest'ultima somma, ovvero € 3.000,00. In questo



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

caso rimarrà a carico dell'Assicurato la differenza tra il danno di € 5.000,00 ed il Massimale di € 3.000,00, ovvero € 2.000,00.

Esempio Franchigia sulla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

Nella garanzia Invalidità Permanente da Infortunio esiste una Franchigia relativa al grado di Invalidità Permanente accertato. Le Invalidità Permanenti di grado inferiore al 10% danno luogo ad un Indennizzo ridotto di una certa percentuale che costituisce la Franchigia.

I casi di Invalidità Permanente di grado superiore al 50% vengono indennizzati con una valutazione maggiorata fino al 100% della somma assicurata.

Somma assicurata: € 100.000,00					
Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata	Percentuale Franchigia sulla somma assicurata	Quantificazione del danno accertato	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore	Importo Franchigia
1%	0,2%	0,8%	€ 1.000,00	€ 200,00	€ 800,00
2%	0,5%	1,5%	€ 2.000,00	€ 500,00	€ 1.500,00
3%	1%	2%	€ 3.000,00	€ 1.000,00	€ 2.000,00
4%	2%	2%	€ 4.000,00	€ 2.000,00	€ 2.000,00
5%	4%	1%	€ 5.000,00	€ 4.000,00	€ 1.000,00
9%	8%	1%	€ 9.000,00	€ 8.000,00	€ 1.000,00
10%	10%	0%	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 0,00
51%	65%	0%	€ 51.000,00	€ 65.000,00	€ 0,00
66%	100%	0%	€ 66.000,00	€ 100.000,00	€ 0,00

Esempio Scoperto sulla garanzia Rimborso Spese Sanitarie.

Nella garanzia Rimborso Spese Sanitarie esiste uno Scoperto del 25% da calcolarsi sul danno indennizzabile, che resta a carico dell'Assicurato con il minimo di € 100,00.

Somma assicurata: € 10.000,00					
Importo spese sostenute dall'Assicurato	Limite di Indennizzo	Importo delle spese indennizzabile	Percentuale Scoperto sull'importo indennizzabile	Importo Scoperto	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore
€ 5.000,00	€ 10.000,00	€ 5.000,00	25%	€ 1.250,00	€ 3.750,00
€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00	25%	€ 2.500,00	€ 7.500,00
€ 15.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00	25%	€ 2.500,00	€ 7.500,00

Esempio Franchigia sulla garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio

Nella garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio esiste una Franchigia quantificabile in giorni da detrarre dai giorni di Inabilità Temporanea accertati, che varia in funzione di predeterminate fasce della somma assicurata.

Somma assicurata (indennità giornaliera) : € 100,00				
I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione della seguente Franchigia:				
- 7 giorni sulla somma assicurata fino ad € 50,00;				
- 10 giorni sull'eccedenza di € 50,00 e fino ad € 75,00;				
- 15 giorni sull'eccedenza di € 75,00.				
Ripartizione somma assicurata in base alla Franchigia	Giorni di Inabilità Temporanea accertati	Giorni di Franchigia in base agli scaglioni della somma assicurata	Giorni di Inabilità Temporanea indennizzabili	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore in base agli scaglioni della somma assicurata
€ 50,00	30	7	23	gg. 23 x € 50,00 = € 1.150,00
€ 25,00	30	10	20	gg. 20 x € 25,00 = € 500,00
€ 25,00	30	15	15	gg. 15 x € 25,00 = € 375,00
Totale Indennizzo				€ 2.025,00



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

Esempio Franchigia sulla garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Nella garanzia Invalidità Permanente da Malattia esiste una Franchigia relativa al grado di Invalidità Permanente accertato. Le Invalidità Permanenti di grado pari od inferiore al 25% non danno luogo ad alcun Indennizzo e tale percentuale costituisce la Franchigia, quelle di grado superiore al 25% ma inferiore al 50% danno luogo ad un Indennizzo ridotto di una certa percentuale che costituisce la Franchigia.

I casi di Invalidità Permanente di grado superiore al 50% vengono indennizzati con una valutazione maggiorata fino al 100% della somma assicurata.

Somma assicurata: € 100.000,00					
Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata	Percentuale Franchigia sulla somma assicurata	Quantificazione del danno accertato	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore	Importo Franchigia
25%	0%	25%	€ 25.000,00	€ 0,00	€ 25.000,00
30%	10%	20%	€ 30.000,00	€ 10.000,00	€ 20.000,00
40%	30%	10%	€ 40.000,00	€ 30.000,00	€ 10.000,00
50%	50%	0%	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 0,00
55%	65%	0%	€ 55.000,00	€ 65.000,00	€ 0,00
60%	80%	0%	€ 60.000,00	€ 80.000,00	€ 0,00
66%	100%	0%	€ 66.000,00	€ 100.000,00	€ 0,00

“Avvertenza”

Come indicato all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, l'età dell'Assicurato alla sottoscrizione dell'Assicurazione, non deve essere superiore a 74 anni.

Qualora venga sottoscritta la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, il limite suddetto è pari a 60 anni.

4. Periodi di carenza contrattuali

“Avvertenza”

La Polizza “Passa sempre” prevede per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia relativa alla SEZIONE MALATTIA, un Periodo di Carenza, ovvero un periodo temporale - immediatamente successivo alla data di effetto dell'Assicurazione - durante il quale la garanzia non è operante.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 49 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio - Questionario sanitario - Nullità

“Avvertenza”

L'assunzione del Rischio avviene sulla base dei dati forniti dal Contraente e/o dall'Assicurato nella Proposta di Assicurazione. Eventuali dichiarazioni false o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio rese in sede di conclusione del contratto di assicurazione, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze indicate all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione.

“Avvertenza”

Prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, laddove prodotto, è necessario verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate.

“Avvertenza”

L'Assicurazione prevede la presenza delle seguenti cause di nullità:

- ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave, come indicato all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurazione è nulla se l'Assicurato è affetto dalle Malattie indicate all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, ed in ogni caso cessa con il loro manifestarsi.

6. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni nella professione

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e diminuzione del Rischio. La mancata comunicazione può comportare le conseguenze indicate agli artt. 2 e 3 delle Condizioni di Assicurazione.



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

Costituisce circostanza rilevante che determina la modificazione del Rischio, il mutamento dell'attività professionale dell'Assicurato 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.

7. Premi

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo il cui importo è indicato nella Proposta di Assicurazione e nella Polizza consegnate al Contraente.

Il Premio può essere corrisposto dal Contraente, attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa di assicurazione oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, entro i limiti generali posti dalla legge e nei limiti specificamente prescritti dall'IVASS per ciascun contratto.

Il Premio annuo è frazionabile in rate semestrali senza oneri aggiuntivi.

“Avvertenza”

La Polizza “Passa sempre” prevede la possibilità che siano applicati sconti di Premio da parte dell'Assicuratore. Tali sconti potranno essere applicati in base al numero delle garanzie acquistate e alla combinazione delle stesse ed in base al numero di Assicurati. Altri sconti potranno essere applicati da parte dell'Intermediario, nell'ambito di una flessibilità eventualmente concessa dall'Assicuratore, anche in considerazione della situazione di fidelizzazione del Contraente come cliente.

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate, i Limiti di Indennizzo ed il Premio non sono soggetti ad adeguamento, fatta eccezione per il Premio della Sezione MALATTIA che è soggetto ad adeguamento automatico in base all'età dell'Assicurato secondo le modalità previste all'art. 50 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Rivalse

“Avvertenza”

Ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, l'Assicuratore che ha pagato l'Indennizzo è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di esso, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili del Sinistro.

Tuttavia all'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di surrogazione.

Ne consegue che l'Assicurato dopo essere stato indennizzato dall'Assicuratore, può rivalersi nei confronti dei responsabili, qualora esistenti, del Sinistro verificato.

10. Diritto di recesso

“Avvertenza”

La presente Assicurazione prevede il diritto di recesso a seguito di Sinistro per il Contraente e per l'Assicuratore, come indicato all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Il recesso non può essere esercitato dall'Assicuratore in caso di Sinistro conseguente a Malattia.

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà l'Assicuratore a proporre quella da applicare, sulla quale, comunque, prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

13. Regime fiscale

Tutte le imposte, presenti e future, inerenti all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

Allo stato della normativa, il Premio assicurativo imponibile relativo alle garanzie delle Sezioni INFORTUNI e MALATTIA è soggetto ad imposta del 2,50%, mentre il Premio assicurativo imponibile relativo alle garanzie della Sezione ASSISTENZA è soggetto ad imposta del 10,00%.

14. Informativa “home insurance”

Sul sito www.netinsurance.it è attiva un'area riservata consultabile attraverso il link “Consultazione home insurance” che consente all'Assicurato – previo rilascio da parte dell'Assicuratore delle credenziali personali di accesso – di consultare la posizione di Polizza secondo le indicazioni del Provv. IVASS n. 7/2013.

15. Informazioni relative ai contratti stipulati a distanza

Il contratto potrà essere stipulato tra il Contraente e l'Assicuratore anche nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dall'Assicuratore e dall'Intermediario.

In caso di vendita a distanza, fatti salvi gli obblighi informativi relativi alla disciplina vigente, il contratto è assoggettato anche alle norme di cui agli artt. 67 quater, 67 quinquies, 67 sexies, 67 septies, 67 octies del D.lgs. 6.9.2005 n. 206 (Codice del Consumo).

Il Contraente prima che sia vincolato dal contratto di Assicurazione, può scegliere di ricevere e/o inviare su supporto cartaceo o su altro supporto durevole:

- la documentazione precontrattuale e contrattuale (Proposta di Assicurazione, Fascicolo Informativo, Certificato di Polizza);
- le comunicazioni in corso di contratto previste dalla normativa vigente.

Tale scelta deve essere effettuata in maniera esplicita e può essere effettuata congiuntamente o disgiuntamente per ciascuna delle categorie di documenti sopra indicati. In ogni caso il Contraente potrà richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione a distanza in ogni momento.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

16. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

“Avvertenza”

La Polizza “Passa sempre” prevede specifici adempimenti che il Contraente/Assicurato deve osservare in caso di Sinistro.

SEZIONE INFORTUNI

All'art. 43 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le modalità di individuazione del momento di insorgenza del Sinistro, le modalità ed i termini per la denuncia del Sinistro, le ipotesi in cui è richiesta la visita medica.

Si rammenta che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato, con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

E' prevista la visita presso un medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, nei casi in cui l'Assicuratore ritenga di verificare la natura delle lesioni derivanti dall'Infortunio denunciato.

L'accertamento dell'Infortunio viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 365 giorni dalla ricezione della denuncia.

All'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le procedure di pagamento dell'Indennizzo.

SEZIONE MALATTIA

All'art. 54 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le modalità di individuazione del momento di insorgenza del Sinistro, le modalità ed i termini per la denuncia del Sinistro, le ipotesi in cui è richiesta la visita medica.

Si rammenta che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato, con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

E' prevista la visita presso un medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, nei casi in cui l'Assicuratore ritenga di verificare la natura della Malattia denunciata e quantificare il grado di Invalidità Permanente da essa derivato.

L'accertamento dell'Infortunio viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 180 giorni e non oltre il termine di 540 giorni dalla ricezione della denuncia.



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

All'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le procedure di pagamento dell'Indennizzo.

SEZIONE ASSISTENZA

Net Insurance S.p.A. ha affidato la gestione dei Sinistri Assistenza a Europ Assistance Italia S.p.A. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla Premessa della SEZIONE ASSISTENZA delle Condizioni di Assicurazione.

17. Reclami

I reclami, intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un 'impresa di assicurazione relativa ad un contratto o ad un servizio assicurativo (Regolamento ISVAP n. 24/2008, art. 2 lett. t bis), devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a:

Net Insurance S.p.A.

Ufficio Reclami

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161

Fax 06 89326.570 – e-mail: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it

Al fine di un'ottimale gestione dei reclami devono essere forniti i seguenti dati:

- nome, cognome e domicilio del reclamante ed eventuale recapito telefonico e/o indirizzo e-mail
- numero di polizza
- numero di sinistro, qualora aperto
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- ogni documentazione utile a sostegno della lamentela unita in allegato

Net Insurance S.p.A., ricevuto il reclamo, ha 45 giorni per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile.

Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto (Regolamento ISVAP n. 24 del 2008, art. 2 lett. t ter)

Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, può rivolgersi a:

IVASS

Servizio Tutela del Consumatore

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Telefono 800486661 – Fax 06.42133745 – 42133353

www.ivass.it

La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni:

- nome, cognome e domicilio del reclamante ed eventuale recapito telefonico e/o indirizzo e-mail
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze

Il modulo messo a disposizione dall'IVASS per facilitare le richieste da parte dei reclamanti può essere reperito all'indirizzo http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F12643/Allegato1_Guida%20ai%20reclami.pdf

Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi
- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza)

Tutte le controversie relative ai contratti di assicurazione stipulati con la Net Insurance S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana, pertanto resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it).

Per i prodotti ove previsto è possibile l'utilizzo dell'Arbitrato, nella forma e nella modalità previsti dalle condizioni di assicurazione.



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm), o all'IVASS che provvede all'inoltro dandone notizia al reclamante.

18. Arbitrato

“Avvertenza”

Pur in presenza dell'arbitrato come indicato agli artt. 46 e 55 delle Condizioni di Assicurazione, per la risoluzione di eventuali controversie è in ogni caso possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 avanti ad organismo di mediazione abilitato, come regolato dall'art. 18 delle Condizioni di Assicurazione.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato risiede, a scelta dell'Assicurato, nel comune sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o nel comune di residenza dell'Assicurato stesso.

Net Insurance S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa

Il Rappresentante Legale
L'Amministratore Delegato
(Dr. Giuseppe Caruso)



Glossario

Nel testo che segue si intende per:

Anno Assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza dell'Assicurazione.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito all'emissione della Polizza, per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra l'Assicuratore ed il Contraente.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione stipulato tra il Contraente e l'Assicuratore secondo le presenti Condizioni di Assicurazione.

Beneficiario

Il soggetto a cui spetta l'Indennizzo.

Contraente

Il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Assicuratore.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa, da consegnare al Contraente, composto da:

1. Nota Informativa comprensiva del Glossario;
2. Condizioni di Assicurazione;
3. Fac – Simile della Proposta di Assicurazione.

Franchigia

La parte del danno che resta a carico dell'Assicurato.

Gessatura

Il mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti purché inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Assicuratore a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Intermediario

Soggetto che, ai sensi del Regolamento IVASS n. 5/2006, esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di Assicurazione svolgendo atti

preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

Istituto di Cura

L'ospedale pubblico o privato, la clinica universitaria o la casa di cura regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche o estetiche.

IVASS

L'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – è l'organo di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attività di assicurazione.

Istituito con la legge 135/2012, l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

L'IVASS ha sede in Roma, Via del Quirinale, 21 – tel. 06 421331 – fax 06 42133206.

Limite Aggregato di Indennizzo

La somma massima dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro che interessi una pluralità di Assicurati con l'Assicuratore.

Limite di Indennizzo

La somma massima dovuta dall'Assicuratore per ogni singolo Sinistro e per Anno Assicurativo.

Limite Massimo di Indennizzo

La somma massima dovuta dall'Assicuratore per tutti i Sinistri avvenuti durante il Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute dovuta a cause patologiche organiche naturali, non connesse ad Infortunio.

Nota Informativa

Documento, redatto secondo le disposizioni dell'IVASS, che l'Assicuratore deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative all'Assicuratore, al contratto di assicurazione ed alle relative caratteristiche assicurative.

Periodo di Carenza

Il periodo temporale - immediatamente successivo alla data di effetto dell'Assicurazione - durante il quale la garanzia non è operante.

Periodo di Durata dell'Assicurazione

Il periodo annuale di durata del contratto di assicurazione indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza.



Glossario

Nel testo che segue si intende per:

Polizza

Il documento che prova l'accettazione, da parte dell'Assicuratore, della Proposta di Assicurazione e che pertanto prova la stipula dell'Assicurazione secondo le presenti Condizioni di Assicurazione.

Premio

L'importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini fissati dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fondano.

Proposta di Assicurazione

La formale domanda all'Assicuratore di prestare la copertura assicurativa secondo le presenti Condizioni di Assicurazione.

Questionario Sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurando, che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Il Questionario Sanitario deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando.

Ricovero

La degenza in Istituto di Cura che comporta pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Scoperto

La percentuale del danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Tabella INAIL

Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente da Infortunio di cui all'allegato n. 1 del T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124) in vigore al momento del Sinistro.

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 02/02/2015.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Art. 2 - Aggravamento e diminuzione del Rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e diminuzione del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Nel caso di diminuzione di Rischio, l'Assicuratore è tenuto a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Se il cambiamento non comporta né aggravamento né diminuzione del Rischio, l'Assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

Art. 3 – Attività diverse da quella dichiarata

Fermo il disposto dell'Art. 1, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali o delle altre attività dichiarate senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione scritta all'Assicuratore, in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:

- l'Indennizzo sarà corrisposto integralmente se le diverse attività non aggravano il Rischio;
- l'Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, in base alle percentuali indicate nella tabella sotto indicata, se all'attività in questione corrisponde un Rischio maggiore.

Per la valutazione del grado di Rischio delle varie attività professionali si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportate nell'ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI riportato nello specifico allegato che forma parte integrante del presente contratto.

In caso di attività non specificate in detto elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad un'attività elencata.

		Attività professionale dichiarata in polizza			
		Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Attività professionale al momento del Sinistro	Classe 1	100%	100%	100%	100%
	Classe 2	75%	100%	100%	100%
	Classe 3	60%	80%	100%	100%
	Classe 4	45%	60%	75%	100%

Art. 4 – Persone non assicurabili – cessazione dell'Assicurazione

Premesso che l'Assicuratore, qualora al momento della stipula dell'Assicurazione fosse stato a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di una di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa, contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere Indennizzo alcuno. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, l'Assicuratore restituirà al Contraente la parte di Premio al netto dell'imposta, già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del Periodo di Durata dell'Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 5 - Limite di età

Con riferimento a quanto previsto dall'Art. 1, non sono assicurabili le persone che al momento della decorrenza dell'Assicurazione abbiano compiuto il 75° anno di età. Qualora venga sottoscritta la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, il limite suddetto è pari a 61 anni.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Il raggiungimento dei suddetti limiti di età durante il Periodo di Durata dell'Assicurazione non comporta invece la cessazione della stessa.

Art. 6 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Assicuratore l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso Rischio.

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo, può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.

Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente Assicurazione, l'Assicuratore, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

La presente Assicurazione è prestata indipendentemente e in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli Infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti.

Art. 7 – Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente Assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 8 - Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Resta in ogni caso fermo il Periodo di Carenza previsto all'Art. 49 delle Condizioni di Assicurazione.

Il Premio deve essere pagato all'Intermediario al quale è assegnata la gestione del contratto di Assicurazione oppure all'Assicuratore ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, esclusa comunque la copertura di eventuali Sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione assicurativa.

Art. 9 - Durata dell'Assicurazione – Proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha durata annuale.

In mancanza di disdetta, spedita dal Contraente o dall'Assicuratore, mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della Scadenza dell'Assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 10 - Somme assicurate

Per ogni forma di garanzia, l'Assicurazione viene prestata dall'Assicuratore per le somme indicate nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza, previo espresso richiamo della garanzia corrispondente e pagamento del relativo Premio.

Art. 11 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente e l'Assicuratore possono recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione all'altra parte, nelle forme indicate all'Art. 17.

Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Assicuratore.

Il recesso esercitato dall'Assicuratore ha efficacia trascorsi 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione da parte del Contraente.

In tutti i casi, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, l'Assicuratore mette a disposizione del Contraente il Premio relativo al periodo di Rischio non corso, escluse le imposte.

Il presente disposto non è applicabile in caso di Sinistro inerente la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Art. 12 – Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire dopo che l'Indennizzo sia già stato liquidato o comunque sia pervenuto al medesimo offerta in maniera determinata, l'Assicuratore pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia in Euro.

Art. 13 - Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 14 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di surrogazione, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili del Sinistro.

Art. 15 - Modifiche dell'Assicurazione

Salvo i casi di cui al successivo capoverso, qualsiasi modifica della presente Assicurazione deve essere approvata in forma scritta tra l'Assicuratore ed il Contraente mediante annotazione su apposita Appendice di Polizza.

L'Assicuratore può modificare unilateralmente la disciplina della presente Assicurazione per conformare la stessa a sopravvenute disposizioni di legge e/o dell'IVASS.

Art. 16 - Oneri fiscali

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

Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio di Assicurazione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

Art. 17 - Forme delle comunicazioni

Ogni comunicazione tra le parti deve essere fatta con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata, via fax o a mezzo telegramma.

Art. 18 – Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 19 - Rinvio alle norme di legge, legge applicabile al contratto

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà l'Assicuratore a proporre quella da applicare, sulla quale, comunque, prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

SEZIONE INFORTUNI

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 20 – Condizioni di operatività dell'Assicurazione

L'Assicurazione viene prestata per gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualsiasi parte del mondo, nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

È considerato Infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza una delle prestazioni garantite in Polizza.

Sono comunque compresi in garanzia, purché determinino gli effetti di cui sopra:



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

- a) le conseguenze dei colpi di sole o di calore;
- b) l'assideramento o il congelamento;
- c) la folgorazione;
- d) l'asfissia per fuga di gas o di vapori;
- e) l'annegamento;
- f) gli avvelenamenti acuti da ingestione, derivante da causa fortuita, di sostanze. Restano comunque escluse dalla garanzia le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- g) le infezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, esclusa la malaria e le malattie tropicali;
- h) gli Infortuni sofferti in conseguenza di colpa grave, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato;
- i) gli Infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- j) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana, in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale, nonché, a parziale deroga del successivo Art. 22 lettera b. e dell'Art. 1912 del Codice Civile quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte.

Art. 22 - Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono esclusi dalla garanzia assicurativa gli Infortuni derivanti:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta, ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti a ottenere il rinnovo;
- b) da guerra, insurrezioni, tumulti popolari, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, tsunami ed alluvioni;
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) da conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- f) da conseguenze delle infezioni che non abbiano causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'Art. 21, lettera g);
- g) da conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da Infortunio;
- h) dall'uso, in qualità di pilota o di membro dell'equipaggio, di mezzi subacquee o aerei;
- i) dalla pratica di sport aerei in genere;
- j) dalla pratica, anche a carattere non professionale, di: arti marziali in genere, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo; immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);
- l) dalla pratica, non avente carattere ricreativo, di: basket, volley, calcio, sci, ciclismo, ippica;
- m) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- n) dalla partecipazione, quale pilota o membro dell'equipaggio, ad allenamenti, competizioni o gare automobilistiche / motociclistiche / motonautiche.

Non sono considerati Infortuni e non sono quindi indennizzabili:

- gli infarti e ictus;
- le rotture sottocutanee dei tendini, fatto salvo quanto stabilito dall'Art. 33;
- le ernie, di qualsiasi tipo o localizzazione, fatto salvo quanto stabilito dall'Art. 41.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Art. 23 - Rischio volo

L'Assicurazione comprende gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri, esclusi i casi di velivoli ed elicotteri gestiti da aereoclubs.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne scende.

Resta convenuto che in caso di Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con l'Assicuratore, il Limite Aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 1.550.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dall'Assicuratore per il medesimo Sinistro aereo eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.

Art. 24 - Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga del precedente Art. 22 lettera b) e dell'art. 1912 del Codice Civile, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni determinati da movimenti tellurici, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto che in caso di Sinistro determinato da un evento di cui sopra che colpisca più Assicurati con l'Assicuratore, il Limite Aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 1.550.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dall'Assicuratore per il medesimo Sinistro eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.

Art. 25 - Infortuni occorsi durante il servizio militare

L'Assicurazione resta valida, in tempo di pace, quando l'Assicurato presta servizio a favore delle Forze Armate Italiane durante i richiami per esercitazioni da svolgersi all'interno dei confini dell'Unione Europea.

L'Assicurazione viene sospesa qualora l'Assicurato debba rispondere:

- all'arruolamento volontario;
- al richiamo per mobilitazione oppure per la partecipazione ad operazioni ed interventi militari.

L'Assicurazione rimane sospesa altresì qualora l'Assicurato faccia uso e/o guidi mezzi aerei militari e faccia uso del paracadute.

Art.26 – Guerra

A parziale deroga del precedente Art. 22 lettera b) e dell'art. 1912 del Codice Civile, l'Assicurazione si intende estesa agli Infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova in un paese estero sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli Infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, nello Stato della Città del Vaticano e nella Repubblica di S. Marino.

GARANZIA MORTE

Art.27 - Garanzia Morte

Se l'Infortunio ha per conseguenza la Morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla Scadenza dell'Assicurazione - entro due anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida la somma assicurata.

L'Indennizzo viene liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali.

L'Indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per l'Invalidità Permanente.

Tuttavia se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i Beneficiari dell'Indennizzo non sono tenuti ad alcun rimborso mentre hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per l'Invalidità Permanente.

Art. 28 - Morte presunta

L'Assicuratore dichiara che se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro due anni a seguito di arenamento, affondamento, naufragio e incidente di mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'Indennizzo previsto per il caso di Morte, considerando l'evento, di cui sopra, quale Infortunio.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del c.c..

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'Indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie di vita sicure, l'Assicuratore ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Assicurazione.

Art. 29 – Commorienza dei coniugi

Nel caso di Infortunio che colpisca contemporaneamente l'Assicurato ed il proprio coniuge in conseguenza di un unico evento, l'Assicuratore riconoscerà complessivamente ai figli legittimi, qualora Beneficiari della presente Assicurazione, il doppio dell'Indennizzo previsto per il caso di Morte.

Ferme le esclusioni di cui all'art. 22, l'Assicuratore non potrà indennizzare somma superiore ad € 1.000.000,00 (un milione) per Assicurato e di € 2.000.000,00 (duemilioni) per evento.

La presente estensione di garanzia non opera qualora la Morte dell'Assicurato sia dovuta ad incidente aereo durante voli di linea in qualità di passeggero.

GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE

Art.30 - Garanzia Invalidità Permanente

Per Invalidità Permanente si intende la perdita definitiva, a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Se l'Infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore corrisponde:

- a) nel caso di Invalidità Permanente definitiva totale, l'intera somma assicurata;
- b) nel caso di Invalidità Permanente definitiva parziale, un Indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertato sulla base della tabella sotto illustrata. La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso Infortunio, l'Invalidità viene stabilita mediante l'adozione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino al limite massimo del 100%;
- c) nel caso di Invalidità Permanente definitiva parziale non determinabile sulla base dei valori previsti nella lettera b), si fa riferimento ai criteri qui di seguito elencati:
 - per minorazioni, anziché perdite di un arto o di un organo, e per menomazioni diverse da quelle indicate nella tabella sotto illustrata, le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - per menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede alla valutazione della somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - per Invalidità Permanente non determinabile sulla base dei valori indicati nella tabella sotto illustrata secondo i criteri sopra riportati, l'Invalidità viene determinata tenendo conto della diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione effettivamente esercitata al momento del Sinistro.

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

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive, si procede alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto degli eventuali presidi correttivi.

I casi di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66% vengono indennizzati con il 100% della somma assicurata.

TABELLE GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	PERCENTUALE
Perdita anatomica o funzionale di:	
un braccio	70%
una mano od avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange ungueale del pollice	9%
una falange ungueale dell'indice	7%
una falange ungueale del medio o anulare	5%



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

una falange ungueale del mignolo	3%
Anchilosi:	
della scapolo omerale con arto in posizione favorevole con immobilità della scapola	25%
della scapolo omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
Paralisi completa:	
del nervo radiale	35%
del nervo ulnare	20%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
al di sopra della metà della coscia	70%
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
Perdita anatomica o funzionale di:	
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un dito del piede diverso dall'alluce	1%
falange ungueale dell'alluce	2,50%
Anchilosi:	
dell'anca in posizione favorevole	35%
del ginocchio in estensione	25%
della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa del nervo:	
sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12ma dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
di un metamero sacrale	3%
di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%
del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
del legamento crociato anteriore del ginocchio	9%
Postumi di trauma distorsivo cervicale:	
con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Perdita totale anatomica o funzionale di	
un occhio	30%
ambidue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
un orecchio	15%
ambidue le orecchie	50%
Stenosi nasale assoluta:	
monolaterale	4%
bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
un rene con integrità del rene superstite	25%
della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art.31- Franchigia per Invalidità Permanente

A parziale deroga dell'Art. 30, la liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente viene effettuata con le seguenti modalità:

- sulla somma assicurata fino ad € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila) si applicherà la tabella sotto indicata;
- sull'eccedenza di € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila) e fino al massimo della somma assicurata, non si darà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari od inferiore al 8% della totale; se invece essa risulterà superiore al 8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale, applicando la tabella sotto indicata.

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
1%	0,2%
2%	0,5%
3%	1%
4%	2%
5%	4%
6%	5%
7%	6%
8%	7%
9%	8%
dal 10% al 50%	corrispondente percentuale dal 10% al 50%
dal 51% al 65%	65%
dal 66% al 100%	100%

Art. 32 – Bonus fedeltà in assenza di Sinistri

Alla fine del terzo Anno Assicurativo, a condizione che a tale scadenza non risulti denunciato in Polizza alcun Sinistro, la tabella di liquidazione della garanzia Invalidità Permanente di cui al precedente Art. 31, verrà modificata a favore di ciascun Assicurato come segue:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
dal 1% al 50%	corrispondente percentuale dal 1% al 50%
dal 51% al 65%	65%
dal 66% al 100%	100%

Sulla base di quanto indicato dalla tabella di cui sopra, resta convenuto che l'Indennizzo verrà corrisposto in base ai seguenti criteri:



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

- sulla somma assicurata fino ad € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila) si applicherà la tabella sopra indicata;
- sull'eccedenza di € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila) e fino al massimo della somma assicurata, non si darà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari od inferiore al 8% della totale; se invece essa risulterà superiore al 8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale, applicando la tabella sopra indicata.

Art. 33 – Lesioni Tendinee

A parziale deroga dell'art. 22, l'Assicuratore liquiderà un grado di Invalidità Permanente pari al 3%, senza applicazione delle Franchigie eventualmente previste all'Art. 31, a seguito di rottura sottocutanea di:

- tendine d'Achille
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale)
- tendine dell'estensore del pollice
- tendine del quadricipite femorale
- cuffia dei rotatori.

La garanzia viene prestata con il Limite di Indennizzo di € 6.000,00.

GARANZIA RIMBORSO SPESE SANITARIE

Art.34 - Garanzia Rimborso Spese Sanitarie

A seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione, l'Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata, per Sinistro e per Anno Assicurativo, le spese sanitarie prescritte dai medici curanti, sostenute e documentate dall'Assicurato:

durante il Ricovero in Istituto di Cura per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento;
- b) rette di degenza ;

Le spese di cui al comma b) vengono corrisposte per un periodo massimo di 120 giorni, anche non continuativi.

- c) assistenza e cure mediche, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici.

Dopo il Ricovero in Istituto di Cura o in caso di Infortunio che non abbia comportato il Ricovero, per:

- d) trattamenti fisioterapici e rieducativi prestati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, cure termali;

Le spese di cui al comma d) vengono corrisposte con l'esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera, esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio, fino ad un limite del 20% della somma assicurata con il massimo di € 2.500,00.

- e) acquisto o noleggio, di stampelle, tutori ed altri apparecchi ortopedici;

Le spese di cui al comma e) vengono corrisposte esclusivamente se effettuate nei 120 giorni successivi al Sinistro, fino ad un massimo di € 500,00.

- f) acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali;

Le spese di cui al comma f) vengono corrisposte esclusivamente se effettuate nei 120 giorni successivi alla data di dimissione del primo Ricovero relativo all'Infortunio denunciato.

- g) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, effettuati da medico specialista;

- h) cure odontoiatriche, rese necessarie da Infortunio, e protesi dentarie;

Le spese di cui al comma h) vengono corrisposte con il limite del 10% della somma assicurata.

Il rimborso di quanto previsto al presente articolo viene effettuato fino alla concorrenza del 75% delle spese effettivamente sostenute, restando il rimanente 25% a carico dell'Assicurato con il minimo di € 100,00 per Sinistro e per persona.

Il sopraindicato Scoperto non si applica in caso di Sinistro che abbia comportato un intervento chirurgico.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", l'Assicuratore rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati in Italia ed in euro, a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale.

Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

DIARIE

Art. 35 – Diaria da Inabilità Temporanea

Per Inabilità Temporanea si intende la perdita temporanea a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle attività professionali esercitate.

L'Assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza se l'Infortunio indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione, ha per conseguenza un'Inabilità Temporanea.

L'indennità relativa è dovuta:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in Polizza;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività professionali dichiarate in Polizza.

L'indennità per Inabilità Temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni per Sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore.

I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione della seguente Franchigia:

- 7 giorni sulla somma assicurata fino ad € 50,00;
- 10 giorni sull'eccedenza di € 50,00 e fino ad € 75,00;
- 15 giorni sull'eccedenza di € 75,00.

In caso di ritardo della denuncia di Infortunio, l'indennità per Inabilità Temporanea decorre dal giorno successivo a quello della denuncia, dedotti i giorni di Franchigia sopra indicati. L'indennità è tuttavia dovuta anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato Ricovero in Istituto di Cura e limitatamente ai giorni effettivi di Ricovero debitamente documentati, sempre dedotti i giorni di Franchigia sopra indicati.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea non è cumulabile con quello per Convalescenza post Ricovero e per Indennità da Gessatura di cui agli Artt. 36 e 37.

Art. 36 - Diaria da Ricovero e da Convalescenza

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura (pubblico o privato) a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione, l'Assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza per ogni giorno di Ricovero documentato.

L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'Infortunio.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di Ricovero in regime di day hospital, l'Assicuratore corrisponde un importo pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista in Polizza, per ogni giorno di degenza di almeno 5 ore consecutive risultanti da apposita documentazione dell'Istituto di Cura, per un massimo di 120 giorni per Anno Assicurativo.

In caso di Ricovero superiore a 5 giorni, a seguito del quale all'Assicurato venga prescritta dai medici che lo hanno in cura una certificazione medica per un periodo di convalescenza domiciliare, l'Assicuratore liquida in relazione a detto periodo un importo pari al 50% dell'indennità giornaliera assicurata in Polizza, per ogni giorno di degenza continuativa domiciliare per un massimo di giorni pari alla durata del Ricovero e comunque non oltre 60 gg. per Anno Assicurativo e per Sinistro.

In caso di Ricovero in day hospital con intervento chirurgico, l'Indennità giornaliera per il caso di Convalescenza viene corrisposta per una durata massima di 5 giorni.

L'indennizzo per Convalescenza post Ricovero non è cumulabile con quello per Inabilità Temporanea e per Indennità da Gessatura di cui agli Artt. 35 e 37.

Art. 37 - Diaria da Gessatura

Nel caso in cui l'Assicurato sia soggetto a Gessatura, a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione, l'Assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza, a partire dal giorno successivo all'applicazione della Gessatura e sino al giorno di rimozione della stessa.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni per Sinistro e per Anno Assicurativo, nei limiti del periodo di applicazione prescritto dall'Istituto di Cura o da personale medico.

La garanzia è operante esclusivamente nei casi di frattura, lussazione (di cui sia stata preventivamente operata riduzione), rotture muscolari e tendinee provocate da ferite da taglio.

La garanzia s'intende inoltre estesa, con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per Anno Assicurativo, ai seguenti casi in cui non sia clinicamente possibile applicare apparecchiature gessate o tutori immobilizzanti esterni:

- frattura scomposta di coste o del bacino;
- frattura cranica;
- frattura composta di almeno due archi costali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia soggetto ad intervento di osteosintesi, a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione, l'Assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera indicata in Polizza a partire dal giorno successivo all'intervento chirurgico di osteosintesi e sino al giorno di rimozione del mezzo metallico applicato, per un periodo massimo di 30 giorni per Sinistro e per Anno assicurativo.

La natura delle lesioni deve essere clinicamente diagnosticata e documentata mediante indagini strumentali (TAC, RMN, Radiografie ecc.)

L'indennizzo per Indennità da Gessatura non è cumulabile con quello per Inabilità Temporanea e per indennità da Convalescenza post Ricovero di cui agli Artt. 35 e 36.

ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI

Art. 38 – Esonero Premio

Qualora il Contraente che sia anche Assicurato, subisca un Infortunio che abbia come conseguenza un Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 10%, l'Assicuratore esonera il Contraente stesso dal pagamento del Premio annuo complessivo della presente Assicurazione, anche se frazionato, comprensivo di tutte le garanzie presenti in Polizza e delle imposte, relativo all'annualità successiva alla data di accadimento del Sinistro.

Art. 39 – Danni Estetici

Per l'Assicurato che non abbia superato il cinquantesimo anno di età, in caso di Infortunio che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico non altrimenti indennizzabili, in quanto non determinanti un'Invalidità Permanente o una Inabilità Temporanea, l'Assicuratore rimborsa le spese documentate sostenute dall'Assicurato entro due anni dalla data del Sinistro, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia viene prestata con il Limite di Indennizzo di € 5.000,00 per Sinistro e per Anno Assicurativo.

Art. 40 – Perdita Anno Scolastico

In favore degli studenti Assicurati che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria, in caso di Infortunio che a causa dell'entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, l'Assicuratore liquida un Indennizzo pari ad un importo di € 3.000,00.

Art. 41 - Ernie traumatiche

A parziale deroga dell'art. 22, sono comprese in garanzia le ernie di origine traumatica che comportino Ricovero o intervento chirurgico. L'Assicuratore corrisponderà una diaria di € 100,00 per ogni giorno di degenza in Istituto di Cura (anche in Day-Hospital).

La garanzia viene prestata con il Limite di Indennizzo di € 1.000,00 per Sinistro e per Anno Assicurativo.

Art. 42 - Infortuni conseguenti a scippo e rapina

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio a seguito di scippo o rapina, le somme assicurate indicate nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza relative ai casi Morte e Invalidità Permanente, s'intendono aumentate del 25%, ferme le Franchigie previste, con un massimo aumento di € 100.000,00 rispetto alla somma originariamente assicurata.

La comunicazione del Sinistro deve essere corredata da denuncia all'Autorità Giudiziaria e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

I SINISTRI

Art.43 - Denuncia del Sinistro ed obblighi relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso all'Intermediario che ha in gestione l'Assicurazione, o all'Assicuratore, entro 10 giorni da quando ne hanno avuto possibilità.

La denuncia deve essere corredata di certificato medico e deve contenere narrazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

La certificazione attestante l'Inabilità Temporanea deve essere rilasciata da Istituto di Cura, o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato, con esclusione della documentazione prodotta dal medico di base.

Con riferimento al D.Lgs. del 30.06.2003 n.196 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche, l'Assicurato, acconsentendo al trattamento dei dati personali deve:

- fornire all'Assicuratore ogni informazione e documentazione relativa all'Infortunio denunciato, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione del Sinistro;
- sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli di medici fiduciari disposti dall'Assicuratore.

E' prevista la visita presso un medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, nei casi in cui l'Assicuratore ritenga di verificare la natura delle lesioni derivanti dall'Infortunio denunciato.

L'accertamento dell'Infortunio viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 365 giorni dalla ricezione della denuncia.

In caso di Morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire all'Assicuratore le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicuratore si obbliga ad utilizzare le informazioni assunte esclusivamente per l'esecuzione e l'interpretazione del contratto di assicurazione, nel rispetto della normativa del D. Lgs del 30.6.2003 n. 196.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

Art. 44 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore liquida l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non risulti integro e sano, l'Assicuratore indennizzerà soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali, di cui alle tabelle indicate all'Art. 30, sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Art. 45 – Anticipo dell'indennizzo

L'Assicurato ha diritto di ottenere, su esplicita richiesta, il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile ammontare dell'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

- non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- sia prevedibile, a giudizio dell'Assicuratore, un grado di Invalidità Permanente superiore al 20%.

Quanto sopra senza che l'acconto costituisca impegno definitivo dell'Assicuratore sul grado percentuale di Invalidità Permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Assicuratore sorgerà, comunque, non prima che siano decorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Art. 46- Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla indennizzabilità del Sinistro, le parti hanno la facoltà di conferire, con atto in forma scritta, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'Indennizzo a norma o nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio risiede, a scelta dell'Assicurato, nel comune sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o nel comune di residenza dell'Assicurato stesso.

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

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo.

Le decisioni del Collegio, da redigersi in apposito verbale, sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le parti le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo o violazione di patti contrattuali.

Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 avanti ad organismo di mediazione abilitato.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

(VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE ED IN POLIZZA)

A - Limitazione della garanzia agli Infortuni professionali

L'Assicurazione viene prestata esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni dichiarate in Polizza, svolte con carattere di professionalità.

L'Assicurazione viene estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante il percorso dalla dimora abituale o saltuaria al luogo di lavoro e viceversa, ma comunque limitatamente al tempo necessario a compiere tale percorso.

B - Limitazione della garanzia agli Infortuni extra-professionali

L'Assicurazione viene prestata esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca esclusivamente nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

Restano quindi esclusi tutti gli Infortuni che si verificano durante lo svolgimento di ogni attività professionale.

Restano comunque esclusi, per coloro che siano soggetti all'assicurazione I.N.A.I.L., gli Infortuni indennizzati dal menzionato Istituto.

C - Riferimento alle Tabelle INAIL per la garanzia di Invalidità Permanente.

La tabella per l'accertamento delle percentuali di Invalidità Permanente da Infortunio prevista dall'Art. 30, si intende sostituita dalla tabella INAIL di cui all'allegato n. 1 del T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124) in vigore al momento del Sinistro.

Resta ferma comunque l'applicazione delle Franchigie indicate all'Art. 31.

D - Invalidità Permanente Specifica

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio, relativamente alla perdita anatomica o funzionale di alcuni organi o arti, la garanzia è prestata tenendo conto del valore specifico che detti organi od arti hanno in relazione all'attività professionale dichiarata in Polizza dall'Assicurato. Pertanto le percentuali di valutazione riportate all'Art. 30 nella tabella di valutazione dell'Invalidità Permanente si intendono parzialmente modificate come segue:

Perdita anatomica o privazione totale dell'uso:	Tabella Invalidità Permanente Specifica
della mano o dell'avambraccio	100%
del pollice	60%
della falange ungueale del pollice	40%



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

dell'indice	50%
della falange ungueale dell'indice	30%
del mignolo	40%
della falange ungueale del mignolo	12%
del medio o dell'anulare	25%
della falange del medio o dell'anulare	15%
di un occhio	50%
dell'udito (bilaterale)	90%
dell'udito di un solo orecchio	20%

In caso di Infortunio che comporti anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non contemplati dalla tabella sopra riportata, l'Indennizzo, solo per questi ultimi, verrà stabilito in base a quanto previsto dall'Art. 30 delle Condizioni di Assicurazione.

In ogni caso la somma degli Indennizzi non potrà mai superare la somma assicurata per Invalidità Permanente.

SEZIONE MALATTIA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA

Art. 47 - Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicuratore garantisce il pagamento di un Indennizzo in caso di Malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, che colpisca l'Assicurato ed abbia per conseguenza una Invalidità Permanente accertata di grado superiore al 25%.

Art. 48 - Modalità di assunzione del rischio - Questionario Sanitario

La garanzia Invalidità Permanente da Malattia è prestata solo previa comunicazione da parte dell'Assicurato di informazioni inerenti il suo stato di salute.

Tali informazioni devono essere rese attraverso la compilazione del Questionario Sanitario.

Le dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario costituiscono parte integrante ed imprescindibile del contratto, la loro mancanza rende inoperanti le garanzie sopra menzionate.

Art. 49 - Periodo di Carenza - Decorrenza della garanzia

Fermo quanto indicato all'Art. 8, la garanzia prevista per Invalidità Permanente da Malattia, decorre:

- dal 90° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;
- dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di Malattie, esiti di Infortuni preesistenti alla stipulazione della Polizza ma non manifestati e non noti in quel momento all'Assicurato e per i quali non sono stati praticati accertamenti o terapie.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, stipulata con l'Assicuratore per lo stesso Rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i Periodi di Carenza di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 50 - Aggiornamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

La garanzia Invalidità Permanente da Malattia, è prestata dietro corresponsione di un Premio che viene aggiornato automaticamente in base al variare dell'età dell'Assicurato per scaglioni di età, secondo la tabella sotto indicata.

Alla scadenza di ciascuna annualità successiva alla stipula dell'Assicurazione, l'Assicuratore rilascia al Contraente apposita quietanza con il Premio relativo alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, aggiornato in base all'età di ogni Assicurato alla suddetta scadenza, al variare dello scaglione di età.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

L'aumento del Premio è determinato per ciascun Assicurato moltiplicando il Premio della garanzia Invalidità Permanente da Malattia in corso, per il coefficiente di adeguamento previsto dalla tabella sotto indicata in corrispondenza dell'età dell'Assicurato alla nuova scadenza.

Aggiornamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

Età dell'Assicurato	Coefficienti di adeguamento del Premio
fino a 25 anni	1,000000000
da 26 a 30 anni	1,142857143
da 31 a 35 anni	1,125000000
da 36 a 40 anni	1,444444444
da 41 a 45 anni	1,307692308
da 46 a 50 anni	1,411764706
da 51 a 55 anni	1,291666667
oltre 55 anni	1,129032258

Art. 51 – Rischi esclusi dalla garanzia Invalidità Permanente da Malattia

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti da:

1. Malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti all'Assicuratore con dolo o colpa grave;
2. eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della Polizza;
3. intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, nonché le Malattie correlate al consumo non terapeutico di stupefacenti, all'abuso di alcool e/o sostanze psicotrope;
4. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
5. prestazioni aventi finalità estetiche, cure dimagranti e/o dietetiche in genere;
6. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), tranne il caso in cui il danno sia conseguente a radiazioni utilizzate a fini terapeutici della Malattia denunciata;
7. conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le esclusioni di cui ai numeri 1. e 2. si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 52 - Criteri di valutazione - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata con riferimento alla tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente allegata al DPR 30/6/1965 n. 1124 e sue successive modifiche.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella sopra menzionata, la percentuale di Invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di Invalidità previste dalla tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente.

La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di Invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

L'accertamento avviene tramite visita medico-legale presso un medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore che viene effettuata non prima che sia decorso il termine di 180 giorni e non oltre il termine di 540 giorni dalla data di ricezione della denuncia della Malattia.

L'accertamento dell'Invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 Codice Civile).



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Le Invalidità Permanenti da Malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Art. 53 - Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola Malattia denunciata.

Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o Invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari od inferiore al 25%.

I casi di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66% vengono indennizzati con il 100% della somma assicurata.

La liquidazione dell'Indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente da liquidare
26%	5%
27%	5%
28%	6%
29%	8%
30%	10%
31%	12%
32%	14%
33%	16%
34%	18%
35%	20%
36%	22%
37%	24%
38%	26%
39%	28%
40%	30%
41%	32%
42%	34%
43%	36%
44%	38%
45%	40%
46%	42%
47%	44%
48%	46%
49%	48%
50%	50%
51%	53%
52%	56%
53%	59%
54%	62%
55%	65%
56%	68%
57%	71%
58%	74%
59%	77%
60%	80%
61%	83%
62%	86%



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

63%	89%
64%	92%
65%	95%
dal 66% al 100%	100%

Art. 54 - Denuncia del Sinistro Invalidità Permanente da Malattia ed obblighi relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso all'Intermediario che ha in gestione l'Assicurazione, o all'Assicuratore, entro 10 giorni da quando ne ha avuto possibilità, presentando denuncia scritta della Malattia che, secondo parere medico, sembri comportare Invalidità Permanente, correlandola con dettagliato rapporto medico sulla natura, decorso e conseguenze della Malattia stessa.

Con riferimento al D.Lgs. del 30.06.2003 n.196 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche, l'Assicurato, acconsentendo al trattamento dei dati personali deve:

- fornire all'Assicuratore ogni informazione e documentazione relativa alla Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione del Sinistro;
- sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli di medici fiduciari disposti dall'Assicuratore.

E' prevista la visita presso un medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, nei casi in cui l'Assicuratore ritenga di verificare la natura della Malattia denunciata e quantificare il grado di Invalidità Permanente da essa derivato.

Come indicato all'Art. 52, l'accertamento della Malattia viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 180 giorni e non oltre il termine di 540 giorni dalla data di ricezione della denuncia della Malattia stessa.

L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicuratore si obbliga ad utilizzare le informazioni assunte esclusivamente per l'esecuzione e l'interpretazione del contratto di assicurazione, nel rispetto della normativa del D. Lgs del 30.6.2003 n. 196.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

Art. 55- Controversie

In caso di divergenze sul diritto all'Indennizzo e di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché sul grado di Invalidità Permanente accertato nei termini della presente garanzia si applica quanto previsto dall'Art. 46 delle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE ASSISTENZA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

PREMESSA

Net Insurance S.p.A. ha affidato la gestione delle Prestazioni di Assistenza a Europ Assistance Italia S.p.A.

Istruzioni per la richiesta di Assistenza

Per usufruire di dette Prestazioni, indicate al successivo Art. 56, l'Assicurato potrà contattare la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- dall'Italia al numero : 800 542 009
- dall'estero al numero : +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

**Piazza Trento, 8
20135 MILANO**

- oppure inviare un fax al numero : +39.02.58.47.72.01



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Cognome e Nome
3. Numero di Polizza preceduto dalla sigla NETN
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli ORIGINALI (non le fotocopie) di giustificativi, fatture, ricevute delle spese. L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A.

Estensione Territoriale

Le Prestazioni, laddove non diversamente specificato, sono operanti per eventi verificatisi nel mondo intero.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Prestazioni

Sono le Assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della Polizza e che determina la richiesta di Assistenza dell'Assicurato.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano – costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Net Insurance S.p.A. provvede, per incarico in quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di Net Insurance S.p.A. stessa, le Prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Art. 56 – Prestazioni di Assistenza

L'Assicuratore, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di Infortunio delle persone Assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti Prestazioni:

1. - Consulenza medica

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, potrà mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. - Invio di un medico generico in casi d'urgenza

Qualora, a seguito di Infortunio l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare a spese dell'Assicuratore uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. - Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo l'Assicuratore a proprio carico la relativa spesa.

La spesa viene corrisposta fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

4. - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà, tenendo l'Assicuratore a carico delle spese, ad:

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'Istituto di Cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo sanitario (limitatamente ai Paesi europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai Medici della Struttura Organizzativa.

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

5. - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, in conseguenza della Prestazione di cui al precedente punto 4., venga dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà, tenendo l'Assicuratore a carico delle spese, al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo tra i seguenti:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

6. - Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un Ricovero in ospedale a seguito di Infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone l'Assicuratore l'onorario.

La spesa viene corrisposta fino ad un massimo di € 200,00 complessivi per Sinistro.

7. - Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da Infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone l'Assicuratore l'onorario.

La spesa viene corrisposta fino ad un massimo di € 200,00 complessivi per Sinistro.

8. - Invio Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, sia stato ricoverato in Istituto di Cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo l'Assicuratore a carico il relativo costo.

La spesa viene corrisposta fino ad un massimo di € 200,00 complessivi per Sinistro.



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

9. - Consegna spesa al domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a Ricovero in Istituto di Cura superiore a 5 giorni per Infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalida post Ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo l'Assicuratore a proprio carico il compenso convenzionale di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post Ricovero.

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

10. Invio di un aiuto per la famiglia

Qualora l'improvviso Ricovero in ospedale dell'Assicurato a seguito di Infortunio rendesse necessaria la presenza di una persona che si prenda cura dei suoi figli minorenni a casa, la Struttura Organizzativa procurerà una persona fidata oppure organizzerà il viaggio di andata e ritorno di un parente, domiciliato in Italia, per permettergli di trasferirsi a casa dell'Assicurato.

Massimale: l'Assicuratore terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 48 ore per Sinistro.

Art. 57 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni

Fermo restando le esclusioni riportate nelle singole Prestazioni, valgono inoltre le seguenti condizioni generali:

- Tutte le Prestazioni non possono essere fornite per ciascun Assicurato più di tre volte per tipo entro ciascun anno di validità della Polizza.
- La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.
- L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del Sinistro stesso.
- Tutte le Prestazioni non sono dovute per Sinistri provocati o dipendenti da:
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - c) dolo dell'Assicurato;
 - d) suicidio o tentato suicidio;
 - e) Infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche motonautiche e motocicliste e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive volte a titolo professionale;
 - f) Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.
- Le Prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'Assistenza o conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
- Ogni diritto nei confronti di Net Insurance S.p.A. si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla Prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 C.C.
- Il diritto alle Assistenze fornite dall'Assicuratore decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro.
- Tutte le eccedenze ai massimali previsti nelle singole Prestazioni così come tutti gli anticipi di denaro previsti nelle Prestazioni medesime, verranno concessi compatibilmente con le disposizioni, in materia di trasferimento di valuta, vigenti in Italia e nel paese dove momentaneamente si trova l'Assicurato e a condizione che l'Assicurato, anche tramite persona da lui indicata, possa fornire alla Struttura Organizzativa adeguate garanzie per la restituzione di ogni somma anticipata. L'Assicurato deve provvedere al rimborso della somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.
- A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del C.C., all'Assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra società



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

assicuratrice, è fatto obbligo di dare comunque avviso del Sinistro ad ogni società assicuratrice e specificatamente all'Assicuratore nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui attivasse altra società assicuratrice, le Prestazioni di cui alla presente polizza, saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

- Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto qui non è diversamente regolato, valgono le norme di legge.
- Per le controversie riguardanti il contratto, foro competente è quello di residenza o domicilio del Contraente.

Allegato alle Condizioni di Assicurazione: ELENCO ATTIVITA' PROFESSIONALI

La valutazione del grado di Rischio delle varie attività professionali è classificata secondo una classe di Rischio crescente da 1 a 4.

La valutazione della classe di Rischio RD è riservata all'Assicuratore.

Descrizione delle attività professionali	Classe di Rischio
Addetto alle imprese di pulizie	2
Addetto al montaggio di mobili	2
Addetto pony express	3
Agente di assicurazione	2
Agente di borsa	2
Agente di cambio	1
Agente di commercio	2
Agente di custodia	3
Agente di pubblicità	2
Agente di viaggio	1
Agente immobiliare	2
Agente Polizia di Stato	RD
Agente Polizia ferroviaria	2
Agricoltore (proprietario, affittuario, ecc.) con mansioni amministrative	1
Agricoltore con prestazioni manuali con guida di macchine agricole	3
Agricoltore con prestazioni manuali senza guida di macchine agricole	2
Agronomo	1
Albergatore con prestazioni manuali	2
Albergatore senza prestazioni manuali	1
Allenatore sportivo	2
Allevatore di animali diversi da equini, bovini, suini	2
Allevatore di equini, bovini, suini	3
Ambulante	2
Amministratore di beni propri o altrui	1
Analista chimico	2
Antiquario con restauro	2
Antiquario senza restauro	1
Archeologo	3
Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Archivista	1
Arredatore	1
Arrotino	3
Ascensorista	3
Assistente sociale	2
Attore	2
Autista di autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici	4
Autista di veicoli, esclusi: autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici, taxi	3
Autorimessa: addetto riparazione, manutenzione, lavaggio, ecc.	3
Autorimessa: esercente senza prestazioni manuali	1
Autotrasportatore con guida di veicoli	4
Autotrasportatore: titolare senza prestazioni manuali	1
Avvocato e procuratore legale	2
Baby sitter	2
Badante	2
Bagnino	2
Ballerino	2
Barista	2
Benestante	1
Bibliotecario	1
Bidello	2
Bigliettaio e cassiere di cinema o teatro	1
Biologo	1
Boscaiolo, abbattitore e potatore di alberi di alto fusto (senza uso di esplosivi)	3
Caldaista	3
Calzolaio	2
Cameriere	2
Cantante	2
Cantoniere	3
Carabiniere	RD
Carpentiere (anche su ponteggi, impalcature)	4
Carpentiere (solo a terra)	3
Carroziere di autoveicoli (autoriparatore)	3
Casalinga	1
Casaro	2
Casellante	2
Cavaiole senza uso di mine	4
Ceramista	2
Certificatore di qualità	2
Chimico di laboratorio (senza trattamento di materiali esplosivi o esplosivi)	2
Chimico di laboratorio (con trattamento di materiali esplosivi o esplosivi)	4
Clero (appartenente al)	1
Commercialista	1



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Concessionario di autoveicoli	2
Concessionario di motoveicoli	2
Conciatore (di pelle)	3
Consulente del lavoro	1
Corniciaio	2
Cuoco	2
Custode, portiere	2
Direttore artistico	2
Direttore d'orchestra	2
Dirigente compreso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
Dirigente escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Disegnatore	1
Disinfestatore (anche derattizzazione)	2
Disk jockey	1
Distributori di carburante (gestore di) con manutenzione, lavaggio	3
Distributori di carburante (gestore di) senza manutenzione, lavaggio	2
Domestico (collaboratore familiare)	2
Elettrauto	3
Elettricista con uso di impalcature e ponteggi	4
Elettricista senza uso di impalcature e ponteggi	3
Enologo ed enotecnico	2
Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Sottufficiale	2
Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Ufficiale	2
Estetista (callista, pedicure, manicure, ecc.)	2
Fabbricante di apparecchi ortopedici	2
Fabbro (anche su ponteggi, impalcature)	4
Fabbro (solo a terra)	3
Facchino	4
Falegname	4
Farmacista	1
Fattorino	2
Ferroviero: macchinista	3
Ferroviero: personale viaggiante	2
Fochista	3
Fotografo anche all'esterno	2
Fotografo solo in studio	1
Fotomodella, indossatrice	1
Geologo	1
Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Giardiniere, vivaista, floricultore	2
Giornalaio	1
Giornalista (cronista, corrispondente)	2
Gommista	3



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Grafico	1
Gruista	4
Guardacaccia	2
Guardapesca	2
Guardia giurata	2
Guardia di Finanza	4
Guida alpina	3
Guida ed animatore turistico	2
Idraulico	3
Imbianchino con uso di ponteggi e impalcature	4
Imbianchino senza uso di ponteggi e impalcature	3
Impiegato	1
Imprenditore che non presta opera manuale purchè non rientrante in altra specifica attività con relativo codice di rischio	1
Imprenditore che presta saltuariamente opera manuale purchè non rientrante in altra specifica attività con relativo codice di rischio	1
Imprenditore edile che presta opera manuale	4
Infermiere	2
Ingegnere con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	2
Ingegnere senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	1
Insegnante di arti marziali e lotta nelle sue varie forme	3
Insegnante di ballo	2
Insegnante di educazione fisica, attività sportive (esclusi equitazione, arti marziali e lotta nelle diverse forme)	2
Insegnante di equitazione	3
Insegnante di materie non sperimentali o di pratica professionale	1
Insegnante di materie sperimentali o di pratica professionale	2
Insegnante di musica	1
Installatore di distributori automatici (compresa manutenzione)	3
Installatore di tende, veneziane, serramenti con uso di ponteggi, impalcature	3
Installatore di tende, veneziane, serramenti senza uso di ponteggi, impalcature	2
Interprete	1
Investigatore	2
Ispettore di assicurazione	2
Istruttore di scuola guida	2
Lattoniere	4
Legatore di libri	2
Litografo	2
Macellaio (compresa macellazione)	3
Magazziniere	2
Magistrato	1
Magliaia	2
Marinaio	3
Marmista	3



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Massaggiatore e fisioterapista	2
Materassaio	2
Meccanico	3
Mediatore (escluso bestiame)	1
Mediatore di bestiame	2
Medico (non radiologo)	1
Medico radiologo	2
Militare in missione all'estero	RD
Mobiliere	3
Mototaxi	3
Muratore	4
Musicista	2
Notaio	1
Odontotecnico	2
Operaio con uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature (escluso settore edile)	3
Operaio senza uso di macchine e con accesso a officine e cantieri	2
Operatore di medicina alternativa	1
Operatore ecologico	2
Ostetrica	1
Ottico	1
Paramedico	2
Parrucchiere, barbiere	1
Pavimentatore	3
Pellettiere	2
Pensionato	1
Perito	2
Pescatore su fiumi e laghi	3
Pescatore su mare	4
Piastrellista	3
Piloti e membri di equipaggio di aeromobile	RD
Pirotecnico	RD
Pittore	1
Portavalori	2
Portuale (dipendente, esclusi facchini)	3
Postino	2
Produttore assicurazioni	2
Programmatore / consulente informatico	2
Promotore finanziario	2
Rappresentante	2
Restauratore con accesso a ponteggi, impalcature	4
Restauratore solo a terra	2
Riparatore radio, TV (compresa posa di antenne)	3
Riparatore radio, TV (esclusa posa di antenne), elettrodomestici in genere, computers	2
Sarto	2



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Scrittore	1
Scultore	2
Sommozzatore	RD
Spazzacamino	3
Speleologo	RD
Stagista * 1	1
Stagista * 2	2
Stagista * 3	3
Stagista * 4	4
*La classe di rischio corrispondente alla figura dello stagista deve essere selezionata in funzione dell'attività svolta (es. lo stage svolto nell'ambito di uno studio notarile rientra nella classe di rischio 1; se invece l'attività collegata è di Meccanico, la classe di rischio di riferimento è la 3).	
Stilista	2
Studiante	1
Stunt-man	RD
Tappeziere	2
Taxista	3
Tipografo	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:abiti, confezioni	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:accessori per autoveicoli	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:armeria con confezionamento di cartucce e munizioni	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:armeria senza confezionamento di cartucce e munizioni	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:articoli da regalo	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:articoli ed apparecchi fotografici e di ottica	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:articoli igienico-sanitari	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:articoli in pelle, calzature	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:articoli sportivi	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:bar, caffè, birreria	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:cartoleria, libreria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:casalinghi	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:colori e vernici	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:computers, mobili per ufficio	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:dischi, musica, strumenti musicali	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:drogheria, vini e liquori	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne)	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:ferramenta	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:fiori e piante	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:frutta e verdura	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:generi alimentari	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:giocattoli	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:macelleria (esclusa macellazione)	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:merceria, tessuti	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:mobili	2



Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni a premio annuo "Passa sempre"

Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:oreficeria, orologeria, gioielleria	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: senza produzione	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: con produzione	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:pellicce, capi in pelle	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:pescheria	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:profumeria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:ristorante, trattoria, pizzeria	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:salumeria, rosticceria	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:surgelati	2
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:tabaccheria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di:tintoria, lavanderia	2
Titolare/Addetto pompe funebri	2
Tornitore	3
Usciere	1
Veterinario	2
Vetraio anche su ponteggi e impalcature	3
Vetraio solo a terra	2
Vetrinista	1
Vigile del fuoco	4
Vigile urbano	2
Vulcanizzatore	3

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 02/02/2015.



Fac-simile Proposta di Assicurazione

FAC – SIMILE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE (Mod.NET/0029/2 – Ed.02.2015)

Decorrenza contratto / / Scadenza contratto / / Rateazione pagamento : annuale semestrale

PREMIO NETTO IMPOSTE	IMPOSTE	PREMIO LORDO IMPOSTE
€	€	€

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome _____

Nato a _____ () il ____ / ____ / ____ C.F. _____

Residente a _____ () c.a.p. _____ Via _____ n. _____

e-mail _____ cell. _____

ASSICURATO n. 1			
Cognome Nome			
Data e luogo di nascita			
Codice fiscale			
Attività Professionale dichiarata			
GARANZIE	SOMME ASSICURATE	PREMIO NETTO IMPOSTE	
SEZIONE INFORTUNI - Morte			
SEZIONE INFORTUNI - Invalidità Permanente			
SEZIONE INFORTUNI - Rimborso Spese Sanitarie			
SEZIONE INFORTUNI - Diaria da Inabilità Temporanea			
SEZIONE INFORTUNI - Diaria da Ricovero e Convalescenza			
SEZIONE INFORTUNI - Diaria da Gessatura			
SEZIONE MALATTIA - Invalidità Permanente da Malattia			
SEZIONE ASSISTENZA - Assistenza			
Condizioni Aggiuntive operanti	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Beneficiario per il caso di Morte da Infortunio (se diverso dagli Eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato)			

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto, Contraente sopra indicato:

- chiede a NET INSURANCE S.p.A. - e previo consenso di questa - di stipulare quale Contraente in nome proprio ed in nome e per conto delle persone Assicurate, il contratto di assicurazione "Passa sempre" in conformità alle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo di cui al Mod. NET/0029/1 – Ed 02.2015.
- **dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo predisposto da Net Insurance S.p.A. (Mod. NET/0029/1 – Ed 02.2015), contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac – Simile della Proposta di Assicurazione;**
- dichiara di avere preso visione del Fascicolo Informativo (Mod. NET/0029/1 – Ed 02.2015) e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete;

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.



Fac-simile Proposta di Assicurazione

Nei casi espressamente previsti all'Art. 48 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurando che deve compilare il Questionario Sanitario, deve verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate prima della sottoscrizione dello stesso.

Il Contraente _____

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nel Mod. NET/0029/1 - Ed.02.2015:

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio; Art. 2 - Aggravamento e diminuzione del Rischio; Art. 3 - Attività diverse da quella dichiarata; Art. 4 - Persone non assicurabili - cessazione dell'Assicurazione; Art. 5 - Limite di età; Art. 6 - Altre assicurazioni; Art. 9 - Durata dell'Assicurazione - Proroga dell'Assicurazione; Art. 11 - Recesso in caso di Sinistro; Art. 13 - Prescrizione; Art. 22 - Rischi esclusi dall'Assicurazione; Art.43 - Denuncia del Sinistro Infortuni ed obblighi relativi; Art. 44 - Criteri di indennizzabilità; Art. 46- Controversie; Art. 48 - Modalità di assunzione del rischio - Questionario Sanitario; Art. 49 - Periodo di Carenza - Decorrenza della garanzia; Art. 50 - Aggiornamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato; Art. 51 - Rischi esclusi dalla garanzia Invalidità Permanente da Malattia; Art. 53 - Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia; Art. 54 - Denuncia del Sinistro Invalidità Permanente da Malattia ed obblighi relativi; Art. 55 - Controversie; Art.57 - Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni.

Il Contraente _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo frazionabile in rate semestrali.

Il Premio può essere corrisposto dal Contraente, attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa di assicurazione oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, entro i limiti generali posti dalla legge e nei limiti specificamente prescritti dall'IVASS per ciascun contratto.

Preso atto dell'informativa ai sensi del D. Lgs del 30.06.2003 n. 196, il sottoscritto dà il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali secondo il contenuto di cui al punto 1.a. della "Nota Informativa" (Mod. NET/Nota_Privacy) preventivamente ricevuta.

Il Contraente _____

Inoltre il sottoscritto, per il trattamento da parte di Net Insurance S.p.A. e della Controllata Net Insurance Life S.p.A. dei propri dati personali, ad esclusione dei dati sensibili, per le seguenti finalità, di cui al punto 1.b della "Nota Informativa" (Mod. NET/Nota_Privacy): invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali:

DA' IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO

Il Contraente _____

Confermo di aver identificato personalmente il Contraente, firmatario della presente Proposta di Assicurazione. Attesto che sul presente modulo firmato dal Contraente, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

Data di sottoscrizione ___ / ___ / _____

Firma dell'Intermediario _____

Net Insurance →

Net Insurance S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 Roma - Tel. 06 89326.1 / Fax 06 89326.800

www.netinsurance.it - e-mail: info@netinsurance.it - netinsurance@pec.netinsurance.it

Capitale Sociale € 6.792.475 i.v.

n. di REA RM 948019 – Codice Fiscale, Iscrizione Registro Imprese di Roma e Partita IVA n. 06130881003

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni

di cui ai Provvedimenti ISVAP n. 1756 del 18.12.2000, n. 2131 del 4.12.2002, n. 2444 del 10.07.2006 e n. 3213000422 del 9.4.2013

Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00136 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi IVASS n. 23

La Società è Capogruppo del Gruppo Assicurativo Net Insurance



e →