



Net Insurance Life S.p.A.

Società per Azioni con unico socio
Partita I.V.A. e C. F. 09645901001
Numero REA RM 1178765

Sede Legale

Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00135 Roma

Tel. 06 36724.1 - Fax 06 36724.800

info@netinsurancelife.it

www.netinsurancelife.it

Società soggetta a direzione e coordinamento di Net Insurance S.p.A.

CONTRATTO DI PURO RISCHIO

Fascicolo Informativo

**POLIZZA "TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE
DECRESCENTE A PREMIO UNICO MEDIO ANTICIPATO"
ABBINATA A PRESTITI PERSONALI RIMBORSABILI
MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DI PENSIONE**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, IL GLOSSARIO E LA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE ED ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

**Prima della sottoscrizione
leggere attentamente la Nota Informativa**



Net Insurance Life S.p.A.

Capitale Sociale € 5.000.000 i.v.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con provvedimento ISVAP n. 2591 del 14 febbraio 2008

Iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00164 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi ISVAP n. 23

Mod. NL/0008/1 - Ed. 05.2009

Mod. NL/0008/1

SOMMARIO

Nota Informativa	pag.	1
Condizioni di Assicurazione e Glossario	pag.	6
Proposta di Assicurazione (Mod. NL/0008/2)	pag.	12
Rapporto del Medico (Mod. NL/0008/3)	pag.	13

POLIZZA “TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE DECRESCENTE A PREMIO UNICO MEDIO ANTICIPATO” ABBINATA A PRESTITI PERSONALI RIMBORSABILI MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DI PENSIONE

NOTA INFORMATIVA

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

La presente Nota Informativa, che illustra le caratteristiche principali del prodotto assicurativo, non sostituisce le Condizioni di Assicurazione di cui l'Assicurato deve prendere visione prima della sottoscrizione del contratto.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE (più avanti anche “Net Insurance Life S.p.A.” o “Assicuratore”)

1. Informazioni generali

Net Insurance Life S.p.A. - Società per Azioni con unico socio, Codice Fiscale: 09645901001, Numero REA: RM-1178765, Sede Legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici n. 40 - 00135 Roma - autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con Provvedimento ISVAP n. 2591 del 14 febbraio 2008, iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00164, iscrizione Albo Gruppo Assicurativi ISVAP n. 23.

Tel. (06) 36724.1 - Fax (06) 36724.800

Sito Internet: www.netinsurancelife.it - indirizzo e-mail: info@netinsurancelife.it.

La Società di revisione e certificazione è K.P.M.G. S.p.A. - Via Ettore Petrolini, 2 - 00197 Roma.

Net Insurance Life S.p.A. è soggetta a direzione e coordinamento di Net Insurance S.p.A., Sede Legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici n. 40 - 00135 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto: 6,721 milioni di euro, di cui 5 milioni di euro di capitale sociale e 1,721 di riserve patrimoniali.

3. Conflitto di interessi

Il presente prodotto assicurativo non presenta situazioni in conflitto di interessi. Nessun accordo per il riconoscimento di utilità specifiche è stato stipulato dall'Assicuratore con terze parti.

In ogni caso l'Assicuratore, pur in presenza di conflitto di interessi:

- opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti ed agli Assicurati;
- si impegna ad ottenere per i Contraenti e per gli Assicurati il migliore risultato possibile.

Il Contraente non ha alcun obbligo di esclusiva con l'Assicuratore.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

4. Prestazione assicurata e garanzie offerte

Il contratto di assicurazione qui descritto è un'assicurazione temporanea in caso di morte, a capitale decrescente ed a Premio unico anticipato, studiata per coloro che hanno richiesto un prestito personale estinguibile mediante cessione di quote mensili di pensione, prestito disciplinato dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche, dall'art. 1260 e seguenti del Codice Civile laddove applicabili.

L'Assicurato è il mutuatario. Il Contraente è l'Istituto bancario/finanziario che concede il finanziamento. Fino a quando il finanziamento non sarà estinto, il Beneficiario della Prestazione Assicurata, sarà l'Istituto bancario/finanziario o ente da questi designato.

La durata del contratto di assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a due anni e maggiore di 10 anni.

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto non può essere superiore a 88 anni mentre l'età a scadenza non può risultare superiore a 90 anni.

Prestazione assicurata in caso di decesso

L'Assicuratore garantisce in caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, la corresponsione al Beneficiario di una somma, in unica soluzione, pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di ammortamento del finanziamento recanti scadenza successiva alla morte dell'Assicurato e rimaste insolute.

La Prestazione Assicurata sarà commisurata al valore scontato, al T.A.N. convenuto nel Contratto di Prestito, delle quote mensili rimaste insolute.

Il Premio unico versato viene utilizzato per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto **nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato** alla scadenza del contratto di assicurazione. Il Premio corrisposto resterà quindi acquisito dall'Assicuratore.

L'assunzione del rischio avviene sulla base dei dati relativi allo stato di salute forniti dall'Assicurando nella dichiarazione sanitaria contenuta nella Proposta di Assicurazione, dati integrati dal Rapporto del Medico che va prodotto qualora si presenti una delle seguenti condizioni:

- il montante sia superiore a Euro 55.000,00;
- l'Assicurando, in quanto soggetto a patologie ostative, non sia in grado di sottoscrivere la dichiarazione di buono stato di salute contenuta nella Proposta di Assicurazione,
- l'Assicurando non abbia sottoscritto la dichiarazione di buono stato di salute contenuta nella Proposta di Assicurazione.

Si raccomanda all'Assicurando, pertanto, di leggere le avvertenze indicate nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sanitaria e, laddove prodotto, nel Rapporto del Medico.

Estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, valgono le norme indicate, a seconda dei casi, all'art. 4/A o all'art. 4/B delle Condizioni di Assicurazione.

Esclusioni e limitazioni di copertura

Si raccomanda la lettura degli artt. 9 e 11 delle Condizioni di Assicurazione ove si prevede che la garanzia:

- ***non opera a beneficio degli eredi dell'Assicurato in caso di decesso dovuto a suicidio avvenuto nei primi 24 mesi di durata dell'Assicurazione o in caso di partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;***
- ***non opera a beneficio degli eredi dell'Assicurato qualora dalla cartella clinica del decesso emergano elementi sottaciuti all'Assicuratore nelle dichiarazioni pre-contrattuali.***

Si raccomanda, pertanto, all'Assicurando di leggere le avvertenze indicate nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione e sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute e, laddove prodotto, nel Rapporto del Medico.

5. Premio

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio unico anticipato il cui importo è indicato nel Certificato di Polizza consegnato al Contraente e nel Contratto di Prestito.

L'entità del Premio dipende dall'importo del montante, dalla durata dell'Assicurazione, dall'età e dallo stato di salute dell'Assicurato. Il Premio viene pagato dall'Assicurato attraverso detrazione dall'importo mutuato.

Il Premio assicurativo verrà versato con bonifico bancario dal Contraente all'Assicuratore o all'Intermediario di Assicurazione da questi incaricato.

Tablette illustrative dei premi

Riportiamo qui di seguito alcune esemplificazioni degli importi di Premio unico richiesti per la specifica copertura assicurativa, relativi alle diverse combinazioni di durata dell'assicurazione indicate nelle tabelle seguenti.

IMPORTI DI PREMIO UNICO (IN EURO)

Montante: **Euro 10.000,00**
Sesso: **Maschio/Femmina**
Età a scadenza: **66 - 80 ANNI**

DURATA POLIZZA	PREMI
36 MESI	282,00
60 MESI	403,00
120 MESI	560,00

Montante: **Euro 10.000,00**
Sesso: **Maschio/Femmina**
Età a scadenza: **81 - 90 ANNI**

DURATA POLIZZA	PREMI
36 MESI	1.328,00
60 MESI	1.864,00
120 MESI	2.551,00

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

Il computo del Premio non prevede l'applicazione di diritti o accessori.

Il Premio non è soggetto a sconti.

Allo stato della normativa vigente, il Premio non è soggetto ad imposta.

I costi del Rapporto del Medico o di altra documentazione sanitaria richiesta dall'Assicuratore per la valutazione del rischio, sono a carico dell'Assicurato.

Le somme corrisposte dall'Assicuratore sono esenti da tassazioni IRPEF e da imposte di successione.

I costi di acquisizione e di amministrazione sono pari al 10% del Premio pagato.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

6. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui il Contraente viene a conoscenza dell'accettazione, da parte dell'Assicuratore, della Proposta di Assicurazione.

La garanzia decorre dall'inizio del piano di ammortamento del prestito e termina con lo scadere del piano di ammortamento medesimo.

Qualora il Contraente, entro il 60° giorno dalla data di effetto dell'Assicurazione, non abbia ancora versato all'Assicuratore il relativo Premio, la garanzia sarà sospesa con effetto retroattivo e sarà riattivata soltanto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio.

Trascorsi 120 giorni dal mancato pagamento del Premio da parte del Contraente, l'Assicurazione si intenderà cessata.

La garanzia non è operante se il finanziamento non è stato erogato.

7. Risoluzione del contratto

Il contratto di assicurazione si estingue:

- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- alla Scadenza dell'Assicurazione;
- in caso di Recesso;
- nei casi indicati all'**art. 4/B** delle Condizioni di Assicurazione.

8. Revoca della Proposta di Assicurazione

Il Contraente ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione fino al momento di Conclusione del contratto di assicurazione. La Revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla Revoca, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto.

Non si provvede al rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

L'Assicurando non ha diritto di chiedere al Contraente e/o all'Assicuratore la Revoca della Proposta di Assicurazione se il finanziamento è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto.

9. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto di assicurazione entro 30 giorni dalla Conclusione del contratto di assicurazione.

L'esercizio del diritto di Recesso implica la risoluzione dell'Assicurazione e, qualora non sia stato effettuato il versamento del Premio, l'impegno ad esso relativo si intende automaticamente annullato.

La volontà di recedere dal contratto di assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto entro il termine di cui sopra ed avrà effetto dal momento in cui essa perviene all'Assicuratore.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al Recesso, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto.

Non si provvede al rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

L'Assicurato non ha diritto di chiedere al Contraente e/o all'Assicuratore il Recesso dall'Assicurazione se il finanziamento è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto.

10. Riscatto, e riduzione

Non previsti.

11. Documentazione da consegnare all'Assicuratore per il pagamento della Prestazione Assicurata

La materia è disciplinata dall'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in corso di ammortamento del finanziamento, il Contraente dovrà darne avviso all'Assicuratore entro 365 giorni dal momento è venuto a conoscenza del Sinistro, corredando l'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata di:

- atto di morte in carta libera rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente;
- copia del Contratto di Prestito;
- conto estintivo del finanziamento.

L'Assicuratore riscontra la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

Ad avvenuto pagamento della Prestazione Assicurata, il credito dell'istituto bancario/finanziario viene soddisfatto ma resta fermo il diritto dell'Assicuratore:

- **di chiedere agli eredi del mutuatario la cartella clinica od altra certificazione equipollente che indichi le cause dell'avvenuto decesso;**
- **di eccepire nei confronti degli eredi del mutuatario l'esistenza di circostanze ostative o limitative al pagamento della Prestazione Assicurata ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (reticenze o omissioni in sede di dichiarazioni pre-contrattuali) e, pertanto, di agire in regresso verso gli eredi del mutuatario per il rimborso della somma pagata all'istituto bancario/finanziario e successivamente palesata come non dovuta.**

Qualora il finanziamento sia stato già anticipatamente estinto, come da art. 4/A delle Condizioni di Assicurazione, in caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore entro 365 giorni dal momento in cui sono venuti a conoscenza del Sinistro, corredando l'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata di:

- atto di morte in carta libera rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente corredato di cartella clinica od altra certificazione equipollente che indichi le cause dell'avvenuto decesso;
- copia del Contratto di Prestito, comprensiva dell'originario piano di ammortamento del finanziamento;
- attestazione in originale, rilasciata dall'Istituto Mutuante, originario Contraente, dell'avvenuta estinzione del finanziamento.

Qualora l'Assicurato non avesse preventivamente indicato all'Assicuratore il Beneficiario, gli eredi legittimi e/o testamentari dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore:

- copia autentica del testamento, se esistente;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi;
- decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di attendere;
- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

Resta fermo il diritto dell'Assicuratore di eccepire nei confronti degli eredi dell'Assicurato, l'esistenza di circostanze ostative o limitative al pagamento della Prestazione Assicurata ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (reticenze o omissioni in sede di dichiarazioni pre-contrattuali).

L'Assicuratore riscontra la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, fatta a suo favore dall'Assicurato, un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione. Ciò comporta, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Si rammenta che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art. 2952 del Codice Civile.

12. Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia al diritto di surrogazione verso i responsabili del Sinistro.

13. 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.

14. Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ed ogni documento ad esso allegato, viene redatto in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà l'Assicuratore a proporre quella da utilizzare.

16. Reclami

I reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale - segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto - devono essere inoltrati per iscritto a:

Net Insurance Life S.p.A.

Ufficio Reclami

Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00135 Roma

Fax 06 36724.200 – E-mail: info@netinsurancelife.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42133000, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Devono essere inoltrati direttamente all'ISVAP:

- . i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7.9.2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;
- . i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6.9.2005 n. 206 (vendita a distanza).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria.

Nel presentare il reclamo all'ISVAP - da inoltrare presso il Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 – occorre:

- . indicare nome, cognome, indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- . indicare il soggetto o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- . descrivere sinteticamente i motivi della lamentela;
- . allegare copia del reclamo presentato all'Assicuratore e copia dell'eventuale riscontro fornito da questo;
- . allegare ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

17. Informativa in corso di contratto

L'Assicuratore comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

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

*Il Rappresentante Legale
Presidente
(Dr. Giuseppe Caruso)*

POLIZZA "TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE DECRESCENTE A PREMIO UNICO MEDIO ANTICIPATO" ABBINATA A PRESTITI PERSONALI RIMBORSABILI MEDIANTE CESSIONE DI QUOTE DI PENSIONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Fra Net Insurance Life S.p.A. - Società per Azioni con unico socio, Codice Fiscale: 09645901001, Numero REA: RM-1178765, Sede Legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici n. 40 - 00135 Roma (più avanti denominato anche "Assicuratore") e l'Istituto bancario/finanziario indicato nella "Proposta di Assicurazione" Mod. NL/0003/2 (più avanti denominato anche "Contraente" o "Istituto Mutuante"), si pattuisce la "Convenzione" di cui al seguito.

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato o Cedente

La persona fisica con la quale il Contraente ha stipulato un Contratto di Prestito rimborsabile mediante cessione di quote di pensione.

Assicuratore

Net Insurance Life S.p.A.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione stipulato tra il Contraente e l'Assicuratore secondo le condizioni della presente Convenzione.

Beneficiario

Il soggetto cui l'Assicuratore deve corrispondere la Prestazione Assicurata in caso di Sinistro.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie prestate dall'Assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurativo avvenga in tale periodo, l'Assicuratore non corrisponde la Prestazione Assicurata.

Ceduto

L'Istituto di Previdenza obbligatoria che eroga la pensione al Cedente e che è impegnato verso il Contraente, ai sensi della Legge 180, a versare a favore di questi la quota di pensione del Cedente.

Certificato di Polizza

Il documento che prova l'accettazione, da parte dell'Assicuratore, della Proposta di Assicurazione e che pertanto prova la stipula della Assicurazione secondo le condizioni della presente Convenzione. Il Certificato di Polizza viene sottoscritto dal Contraente e dall'Assicuratore.

Conclusione del contratto di assicurazione

Il momento in cui il Contraente viene a conoscenza dell'accettazione, da parte dell'Assicuratore, della Proposta di Assicurazione.

Contraente /Istituto Mutuante

Il soggetto che stipula con l'Assicuratore ogni contratto di assicurazione emesso secondo le condizioni della presente Convenzione.

Contratto di Prestito

Contratto di finanziamento personale rimborsabile mediante cessione di quote di pensione.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa, redatta secondo le disposizioni dell'ISVAP, da consegnare al Contraente ed all'Assicurato, composto da:

1. Nota Informativa;
2. Glossario e Condizioni di Assicurazione;
3. Proposta di Assicurazione.

Impignorabilità e insequestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dall'Assicuratore al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

ISVAP

L'acronimo di "Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo", ossia l'organo di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attività di assicurazione.

L'ISVAP ha sede in Roma, Via del Quirinale, 21 - tel. 06 42133000 - fax 06.42133206.

Legge 180

Il D.P.R. del 5/1/1950 n.180 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. del 28/7/1950 n. 895, integrati dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.

Montante

Somma delle rate di ammortamento del finanziamento, al lordo degli interessi.

Nota Informativa

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

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 sulla vita si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazione Assicurata

La somma, pagabile sotto forma di capitale, che l'Assicuratore corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato.

Proposta di Assicurazione

La formale domanda all'Assicuratore di prestare la copertura assicurativa secondo le condizioni della presente Convenzione.

Recesso

Diritto del Contraente di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la Proposta di Assicurazione prima della Conclusione del contratto di assicurazione.

Riserva Matematica

Importo che deve essere accantonato dall'Assicuratore, ai sensi di legge, per far fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli Assicurati.

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Sinistro

Il decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

T.A.N.

Tasso Annuale Nominale del finanziamento convenuto nel Contratto di Prestito.

PREMESSA

Premesso che:

- a) il Contraente concede, in conto proprio o quale mandatario di terzi, prestiti personali rimborsabili mediante cessioni di quote di pensione disciplinati dalla Legge 180;
- b) il Contraente ha necessità di tutelarsi, in conformità alla Legge 180 ed anche nell'interesse del Cedente, per il rischio di decesso di quest'ultimo avvenuto nel corso del periodo di ammortamento del finanziamento;
- c) l'Assicuratore conferma al Contraente di intendere obbligarsi, nei termini giuridici sotto indicati, a prestare la copertura assicurativa di cui al precedente punto b);
- d) per ogni Contratto di Prestito in garanzia l'Assicuratore e il Contraente stipuleranno un disgiunto contratto di assicurazione, attestato dalla sottoscrizione di apposito Certificato di Polizza.

Nell'ambito del "Glossario" e della "Premessa" di cui sopra – che formano parte integrante della presente pattuizione - tra l'Assicuratore ed il Contraente si stipula la seguente Convenzione:

Art. 1 - Prestiti oggetto della Convenzione

Sono oggetto della presente Convenzione esclusivamente le concessioni di prestiti di durata minima di 24 mesi e di durata massima

di 120 mesi - erogati dal Contraente a favore di pensionati.

Sono esclusi dalla presente Convenzione le concessioni di prestiti per i quali la Legge 180 esclude la cedibilità della pensione o del trattamento o dell'assegno.

Art. 2 - Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione Assicurata

L'Assicuratore garantisce in caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto, in qualsiasi parte del mondo, nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, la corresponsione al Beneficiario della Prestazione Assicurata, in unica soluzione, pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate di ammortamento del finanziamento recanti scadenza successiva alla morte dell'Assicurato e rimaste insolute. La Prestazione Assicurata sarà commisurata al valore scontato, al T.A.N. convenuto nel Contratto di Prestito, delle quote mensili rimaste insolute.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di durata dell'Assicurazione, questa si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dall'Assicuratore.

La copertura assicurativa è prestata senza Carenza.

Art. 3 - Beneficiario della Prestazione Assicurata

Il Beneficiario della Prestazione Assicurata è il Contraente. Qualora venga dal Contraente espressamente indicato un diverso Beneficiario, l'Assicuratore provvederà a liquidare a quest'ultimo la Prestazione Assicurata.

Nel caso in cui il Beneficiario sia diverso dal Contraente, quest'ultimo si obbliga comunque a rispettare gli impegni posti a proprio carico dalla presente Convenzione, procurando altresì, ai sensi dell'art. 1381 del Codice Civile, l'adempimento del soggetto Beneficiario per quelle attività che dovessero essere a carico di quest'ultimo.

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, vale quanto indicato al successivo **art. 4**.

Art. 4 - Estinzione anticipata del prestito (*)

A)

Nel caso in cui il Cedente abbia anticipatamente estinto il finanziamento, la garanzia rimane attiva per la durata originariamente stabilita; l'Assicurato avrà facoltà di designare un nuovo Beneficiario con comunicazione da inoltrarsi all'Assicuratore a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

In mancanza di tale designazione, saranno automaticamente considerati Beneficiari, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, l'Assicuratore corrisponderà al Beneficiario, identificato secondo il disposto dei due precedenti capoversi, la Prestazione Assicurata, in unica soluzione, pari al valore attuale, alla data del decesso, delle rate originarie di ammortamento del finanziamento recanti scadenza successiva alla morte dell'Assicurato, valore scontato al T.A.N. convenuto nel Contratto di Prestito.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di durata dell'Assicurazione, questa si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dall'Assicuratore.

B)

Qualora l'estinzione anticipata del finanziamento - erogato dal Contraente all'Assicurato e garantito da Net Insurance Life S.p.A. secondo le presenti Condizioni di Assicurazione - sia contestuale alla stipula tra il Contraente e l'Assicurato di nuovo Contratto di Prestito garantito dalla stessa Net Insurance Life S.p.A., quest'ultima, in sede di calcolo del Premio della nuova Assicurazione, riconosce l'abbuono del Premio non goduto connesso all'Assicurazione relativa al pregresso Contratto di Prestito, Assicurazione che si intende a tutti gli effetti cessata a decorrere dalla data di estinzione del finanziamento.

Art. 5 - Risoluzione del contratto di assicurazione

L'Assicurazione cessa:

- in caso di pagamento, a qualsiasi Beneficiario, della Prestazione Assicurata che pertanto può essere corrisposta una sola volta;
- alla Scadenza dell'Assicurazione;
- In caso di Recesso;
- nei casi indicati all'**art. 4/B**.

Art. 6 - Riscatto e riduzione.

L'Assicurazione non prevede il riscatto o la riduzione delle somme assicurate.

Art. 7 - Revoca della Proposta di Assicurazione

Il Contraente ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione fino al momento di Conclusione del contratto di assicurazione. La Revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla Revoca, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto.

Non si provvede al rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

L'Assicurando non ha diritto di chiedere al Contraente e/o all'Assicuratore la Revoca della Proposta di Assicurazione se il finanziamento è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto.

Art. 8 - Diritto di Recesso

Il Contraente può recedere dal contratto di assicurazione entro 30 giorni dalla Conclusione del contratto di assicurazione.

L'esercizio del diritto di Recesso implica la risoluzione dell'Assicurazione e, qualora non sia stato effettuato il versamento del Premio, l'impegno ad esso relativo si intende automaticamente annullato.

La volontà di recedere dal contratto di assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto entro il termine di cui sopra ed avrà effetto dal momento in cui essa perviene all'Assicuratore.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al Recesso, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto.

Non si provvede al il rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

L'Assicurato non ha diritto di chiedere al Contraente e/o all'Assicuratore il Recesso dall'Assicurazione se il finanziamento è stato già erogato, anche se solo sotto forma di acconto.

Art. 9 - Esclusioni

Costituiscono causa di annullamento dell'Assicurazione e comportano pertanto l'esclusione della garanzia assicurativa:

- **l'inesistenza del Contratto di Prestito;**
- **la mancata erogazione del finanziamento.**

In caso di Sinistro derivante da suicidio dell'Assicurato avvenuto nei primi 24 mesi di durata dell'Assicurazione o da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, la garanzia opera solo a beneficio dell'Istituto Mutuante, con diritto pertanto dell'Assicuratore di agire in regresso verso gli eredi del Cedente/Delegante per il rimborso della somma pagata all'Istituto Mutuante;

Art. 10 - Durata dell'Assicurazione

- **Decorrenza e termine della garanzia assicurativa**
- **Pagamento del Premio**

L'Assicurazione ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento.

La garanzia decorre dall'inizio del piano di ammortamento del prestito e termina con lo scadere del piano di ammortamento medesimo.

Qualora il Contraente, entro il 60° giorno dalla data di effetto dell'Assicurazione, non abbia ancora versato all'Assicuratore il relativo Premio, la garanzia sarà sospesa con effetto retroattivo e sarà riattivata soltanto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio.

Qualora il Sinistro non sia in garanzia per mancato o ritardato pagamento del Premio imputabile al Contraente, l'Assicuratore ha il diritto di non corrispondere la Prestazione Assicurata ed il Contraente si obbliga, anche per conto del Beneficiario, se diverso dal Contraente, a rinunciare al proprio credito residuo, derivante dal Contratto di Prestito, nei confronti dell'Assicurato.

Trascorsi 120 giorni dal mancato pagamento del Premio da parte del Contraente, l'Assicurazione si intenderà cessata.

Art. 11 - Obbligazioni del Contraente in caso di Sinistro

- **Pagamento della Prestazione Assicurata**
- **Inoperatività della garanzia**

11.1.

In caso di decesso del Cedente, l'Istituto Mutuante dovrà darne avviso all'Assicuratore entro 365 giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza del Sinistro, corredando l'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata di:

- . atto di morte in carta libera rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente;
- . copia del Contratto di Prestito;
- . conto estintivo del finanziamento.

L'Istituto Mutuante è esonerato dall'onere di allegare la cartella clinica od altra certificazione equipollente che indichi le cause dell'avvenuto decesso.

L'Assicuratore riscontra la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

Ad avvenuto pagamento della Prestazione Assicurata, resta fermo il diritto dell'Assicuratore:

- **di chiedere agli eredi del Cedente la cartella clinica od altra certificazione equipollente che indichi le cause dell'avvenuto decesso;**
- **di eccepire nei confronti degli eredi del Cedente, l'esistenza di circostanze ostative o limitative al pagamento della Prestazione Assicurata ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile e, pertanto, di agire in regresso verso gli eredi del Cedente per il rimborso della somma pagata all'Istituto Mutuante e successivamente palesata come non dovuta.**

11.2.

In caso di avvenuta estinzione anticipata del finanziamento, di cui al precedente art. 4/A, in caso di decesso dell'Assicurato gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore a mezzo raccomandata A.R. entro 365 giorni dal momento in cui sono venuti a conoscenza del Sinistro, corredando l'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata di:

- . atto di morte in carta libera rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente, corredato di cartella clinica od altra certificazione equipollente che indichi le cause dell'avvenuto decesso;

- . copia del Contratto di Prestito, comprensiva dell'originario piano di ammortamento del finanziamento;
 - . attestazione in originale, rilasciata dall'Istituto Mutuante, dell'avvenuta estinzione del finanziamento.
- Qualora l'Assicurato non avesse preventivamente indicato all'Assicuratore il Beneficiario, gli eredi legittimi e/o testamentari dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore:
- . copia autentica del testamento, se esistente;
 - . atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi;
 - . decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di attendere;
 - . copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

L'Istituto Mutuante si impegna a rilasciare agli aventi diritto dell'Assicurato, ai fini di quanto sopra previsto, attestazione dell'avvenuta estinzione del finanziamento.

Resta fermo il diritto dell'Assicuratore di eccepire nei confronti degli eredi del Cedente, l'esistenza di circostanze ostative o limitative al pagamento della Prestazione Assicurata ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'Assicuratore riscontra la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

Art. 12 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia al diritto di surrogazione verso i responsabili del Sinistro.

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 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nella "Proposta di Assicurazione" e nella documentazione a corredo di questa.

Art. 15 - Premio di assicurazione

La Prestazione Assicurata viene garantita dietro il pagamento di un Premio unico ed anticipato per tutta la durata dell'Assicurazione.

Art. 16 - Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative alla presente Convenzione sono a carico del Contraente.

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

Allo stato della normativa, il Premio non è soggetto ad imposta.

Art. 17 - Reclami

I reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale - segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto - devono essere inoltrati per iscritto a:

Net Insurance Life S.p.A.

Ufficio Reclami

Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00135 Roma

Fax 06 36724.200 – E-mail: info@netinsurancelife.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42133000, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Devono essere inoltrati direttamente all'ISVAP:

- . i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7.9.2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;
- . i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6.9.2005 n. 206 (vendita a distanza).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria.

Art. 18 - Rinvio alle norme di legge

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

Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto il 04/05/2009.

(*)

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 17 dicembre 2012, n. 221 di conversione del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 l'articolo 4 delle Condizioni di Assicurazione viene integrato con l'introduzione del seguente primo capoverso: In caso di estinzione anticipata del finanziamento, avvenuta posteriormente al 18 dicembre 2012, anche per rinnovo dello stesso, l'Assicurazione si scioglie anticipatamente e l'Assicuratore restituisce al Cedente, su richiesta di questi, il rateo di premio non goduto calcolato secondo la suddetta Legge, trattenendo la somma di € 50,00 a ristoro delle spese amministrative sostenute per procedere al rimborso. La richiesta di rimborso, corredata di documento di riconoscimento e codice fiscale e dichiarazione liberatoria rilasciata dal Contraente, va spedita a mezzo raccomandata A.R. indirizzata a Net Insurance Life S.p.A. – Ufficio Assistenza Clienti – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma oppure a mezzo fax al n. 06.89326350 oppure tramite mail alla casella di posta elettronica assistenzacq@netinsurance.it. Per velocizzare al massimo l'iter di rimborso, qualora spettante, Le suggeriamo di inoltrare la richiesta tramite portale accedendo al nostro sito www.netinsurance.it ---> Assistenza CQ (<https://www.netinsurance.it/PraticaNew.aspx>). Entro 30 giorni dalla completa ricezione della documentazione, l'Assicuratore provvede a calcolare il rateo di premio, come sopra calcolato, ed a restituire detta somma al Cedente tramite bonifico bancario sul conto corrente comunicato dal Cedente oppure a mezzo assegno circolare inoltrato all'indirizzo di residenza del Cedente oppure a mezzo bonifico per cassa. In alternativa a quanto indicato al presente comma, il Cedente ha la facoltà di optare per la soluzione di cui al successivo comma A), comunicando tale intendimento a mezzo raccomandata A.R. o fax.

Con l'entrata in vigore della "Legge", recante disposizioni per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, la NET INSURANCE LIFE S.p.A. (più avanti denominata "Assicuratore") è tenuto a fornire all'Assicurato le seguenti informazioni:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di conclusione, gestione/esecuzione dei contratti e di gestione/liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa a cui l'Assicuratore è autorizzato ai sensi di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dell'Assicuratore stesso.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4 della "Legge";
- b) avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi in qualità di responsabili del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria;
- b) strettamente necessario per l'Assicuratore per le finalità di conclusione, gestione/esecuzione dei contratti e di gestione/liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento delle attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. RIFIUTO DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI

L'eventuale rifiuto di fornire i dati personali, ovvero di acconsentire al loro trattamento e/o alla loro comunicazione, comporta:

- nei casi di cui al punto 3, lettera a) e b), l'impossibilità di concludere o eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire/liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lettera c), la preclusione, nei confronti dell'interessato, di accedere all'informazione ed alla promozione dei prodotti assicurativi offerti dall'Assicuratore.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lettera a) e per essere soggetti a trattamenti aventi le stesse finalità od obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali riassicuratori (SWISS RE EUROPE S.A. - Rappresentanza per l'Italia), intermediari di assicurazione, istituti bancari, intermediari finanziari, legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidati incarichi di gestione dei sinistri, società di recupero crediti, società di servizi informatici, di archiviazione e di recapito; enti associativi (ad es.: ANIA), enti di controllo (ISVAP, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria.
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lettera b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a società di informazione e promozione commerciale.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso paesi U.E. ed extra U.E..

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 della "Legge" conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è NET INSURANCE LIFE S.p.A. con sede in Via dei Giuochi Istmici, 40, 00135 Roma.

L'elenco dei nominativi dei "Responsabili" del trattamento è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.



Net Insurance Life s.p.a.
Sede Legale
Via dei Giocchi Istmici, 40 - 00135 Roma
Tel. 06 36724.1 - Fax 06 36724.800
C.P. 6252 - 00195 Roma Prati
www.netinsurancelife.it
e mail: info@netinsurancelife.it

Capitale Sociale € 5.000.000 i.v.
Società per Azioni con unico socio
Partita I.V.A. e C.F. n. 09645901001
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
nel Ramo Vita I di cui al Provvedimento ISVAP
n.2591 del 14.02.2008
Iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00164
Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi ISVAP n.23
n. REA RM 1178765

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DI PRESTITO ESTINGUIBILE
CON CESSIONE DI QUOTE DI PENSIONE N. _____**

DATI DEL CONTRATTO DI PRESTITO

Durata (mesi) _____ Decorrenza ____ / ____ / ____ Scadenza ____ / ____ / ____ Quota mensile € _____,00

Numero quote mensili _____ Montante € _____,00 Premio unico anticipato lordo € _____, _____

ASSICURANDO (Cedente) _____

Nato a _____ (_____) il ____ / ____ / ____

Residente in _____ c.a.p. _____ Via _____

Età (anni compiuti) _____ C.F. _____

ISTITUTO DI PREVIDENZA che eroga la pensione all'Assicurando _____

CONTRAENTE (Ist. bancario/finanziario che eroga il prestito e che versa, a mezzo bonifico bancario, il premio all'Impresa di Assicurazione o all'Intermediario di Assicurazione da questa incaricato) _____

BENEFICIARIO (Ist. bancario/finanziario, se diverso dal Contraente) _____

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO

Il sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi, secondo il piano di ammortamento sopra illustrato, mediante cessione di quote di pensione ai sensi del D.P.R. del 5.1.1950 n. 180 e successive modifiche:

- dà il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, alla conclusione con l'Impresa di Assicurazione Net Insurance Life S.p.A. di un contratto di assicurazione a garanzia dell'estinzione del finanziamento in caso di decesso;
- **dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo predisposto da Net Insurance Life S.p.A. (Mod. NL/0008/1), di averne preso visione e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione e del Contratto di Prestito;**
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di Net Insurance Life S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino il sottoscritto, autorizzando finora Net Insurance Life S.p.A. all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici.

Qualora l'Assicurando non sottoscriva la dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalla Convenzione stipulata tra il Contraente e Net Insurance Life S.p.A., deve essere compilato il Rapporto del Medico (Mod. NL/0008/3).

DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, chirurgia estetica, parto);
- di non essere in attesa di ricovero, di non essere sottoposto a terapia continuativa e di non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali;
- di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV;
- di non percepire pensione o assegno d'invalidità per infortunio o malattia e di non aver presentato domanda per ottenere tali trattamenti.

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.

Prima della sottoscrizione della presente dichiarazione e, laddove prodotto, del Rapporto del Medico, è necessario quindi verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Convenzione stipulata tra il Contraente e Net Insurance Life S.p.A., l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica, con costo a proprio carico, per certificare l'effettivo stato di salute.

Data, _____ L'Assicurando _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO DA PARTE DELL'ASSICURATO: detrazione dall'importo mutuato.

Preso visione dell'Informativa - contenuta nel suddetto Fascicolo Informativo - resa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.196 del 2003 per le finalità e con le modalità ivi illustrate, esprimo nei confronti Net Insurance Life S.p.A. il mio consenso al trattamento ed al trasferimento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile, affinché Net Insurance Life S.p.A. possa adempiere alle obbligazioni contrattuali, fornendo la copertura assicurativa.

ESPRIMO NEGO altresì nei confronti di Net Insurance Life S.p.A. il mio consenso al trattamento di dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Data, _____ L'Assicurando _____



Mod. NL/0008/2 - Ed. 05.2009

copia per Cedente

Nome e Cognome dell'Assicurato/a _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Professione _____

Documento di riconoscimento _____ N. del documento _____

PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

<p>1 Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (tra quelle a lato indicate)?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, a che età e motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, malattie cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer o malattie ereditarie)</p>											
<p>2 Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici (tra quelli al lato indicati)?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMMA</td> <td><input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE</td> <td rowspan="5"> <p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE</td> <td><input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG</td> <td><input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMMA	<input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE	<p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE	<input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG	<input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE	<input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE	<input type="checkbox"/> ALTRI		
<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMMA	<input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE	<p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE	<input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE												
<input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG	<input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE												
<input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE	<input type="checkbox"/> ALTRI												
<p>3 E' mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia ernia inguinale?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<p>4 Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<p>5 Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELLA VISTA</td> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td rowspan="2"> <p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELL'UDITO</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DELLA VISTA	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	<p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> DELL'UDITO	<input type="checkbox"/> ALTRI						
<input type="checkbox"/> DELLA VISTA	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	<p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<input type="checkbox"/> DELL'UDITO	<input type="checkbox"/> ALTRI												
<p>6 Ha subito traumi o lesioni accidentali?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEL CRANIO</td> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td rowspan="2"> <p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO</td> <td><input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DEL CRANIO	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	<p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO	<input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI						
<input type="checkbox"/> DEL CRANIO	<input type="checkbox"/> DEGLI ARTI	<p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO	<input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI												
<p>7 Fa uso o ha fatto uso di: a) alcolici b) tabacco</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<p>8 Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											

<p>9 Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> PER INFORTUNI SUL LAVORO <input type="checkbox"/> PER MALATTIE PROFESSIONALI <input type="checkbox"/> PER INFORTUNI DA ATTIVITÀ SPORTIVE <input type="checkbox"/> ALTRE</p>	<p>Da quando, grado di infermità, parte o organo leso</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>10 E' stato riformato alla visita di leva?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>11 Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> BRONCHITE <input type="checkbox"/> ENFISEMA <input type="checkbox"/> PLEURITE</p> <p><input type="checkbox"/> TUBERCOLOSI <input type="checkbox"/> FIBROSI POLMONARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11b Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> INFARTO <input type="checkbox"/> ANGINA <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE <input type="checkbox"/> VALVULOPATIE</p> <p><input type="checkbox"/> ARTEROPATIE <input type="checkbox"/> VARICI DEGLI ARTI INFERIORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11c Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> GASTRODUODENITE <input type="checkbox"/> ULCERA <input type="checkbox"/> GASTRODUODENALE <input type="checkbox"/> COLITE ULCEROSA</p> <p><input type="checkbox"/> CIRROSI EPATICA <input type="checkbox"/> CALCOLOSI BILIARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11d Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> NEFRITE <input type="checkbox"/> CALCOLOSI</p> <p><input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11e Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> ARTROSI</p> <p><input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11f Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> EPILESSIA <input type="checkbox"/> NEVROSI <input type="checkbox"/> PARALISI <input type="checkbox"/> TUMORI</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIA DI PARKINSON <input type="checkbox"/> MALATTIA DI ALZHEIMER <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>11g Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIE <input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA TIROIDE</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIE SURRENALI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11h Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> LEUCEMIA</p> <p><input type="checkbox"/> EMOFILIA <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p>	<p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>12 Per assicurandi di sesso femminile: a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? b) ha malattie della mammella? c) è incinta?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(mese di gravidanza e andamento)</p> <p>_____</p>	
<p>13 Chi è il Suo Medico curante e/o di famiglia?</p>	<p>Generalità _____</p> <p>Indirizzo _____</p>		
<p>14 Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo, quando, quali, trattamento e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>15 E' mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo e quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>16 Ha in previsione un ricovero ospedaliero?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo e quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>17 Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>18 Si è sottoposto ad un test anti-HIV?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

<p>19 E' stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)?</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali, quando, motivo, e postumi <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---	---

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia Net Insurance Life S.p.A. ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Ho letto e approvo quanto sopra.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando/a

_____ / _____ / _____

PARTE II: ESAME OBIETTIVO

<p>ASPETTO - COSTITUZIONE FISICA</p> <p>ALTEZZA: cm _____</p> <p>PESO: Kg _____</p> <p>IL RAPPORTO ALTEZZA/PESO È NORMALE ?</p> <p>PRESSIONE ARTERIOSA</p> <p>Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150 mmHg o la diastolica i 90 mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita.</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Precisazioni</p> <hr/> <hr/> <p>perchè _____</p> <p>sistolica _____ diastolica _____ frequenza cardiaca _____</p> <p>Risultato</p> <p>sistolica _____ diastolica _____ frequenza cardiaca _____</p> <hr/>
<p>1 CUTE E MUCOSE VISIBILI</p>	<p>È normale?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2 Per le donne: GHIANDOLE MAMMARIE</p>	<p>È normale?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>3 MASSE MUSCOLARI</p>	<p>È normale?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>4 SISTEMA LINFONODALE SUPERFICIALE</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5 STATO DELLA TIROIDE</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6 APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO</p> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7 APPARATO RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - vie aeree superiori - voce - ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8 APPARATO CARDIOVASCOLARE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ispezione, palpazione, percussione - auscultazione - arterie (in particolare polsi periferici) - vene (varici, emorroidi, ecc.) <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>9 BOCCA E APPARATO DIGERENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - bocca - addome (ispezione e palpazione) - fegato - milza <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>10 APPARATO GENITOURINARIO</p> <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11 SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - condizioni psichiche - motilità - sensibilità e riflessi - udito - olfatto <p>Conclusione diagnostica</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>12 ANALISI DELLE URINE</p>	<p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>CONCLUSIONI DIAGNOSI</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>GIUDIZIO DIAGNOSTICO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO*</p> <p><input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> MEDIOCRE <input type="checkbox"/> NON BUONO</p>		
<p>Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Quali e motivi</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Eventuali osservazioni ed informazioni complementari</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

INDIRIZZO DELLO STUDIO MEDICO _____

COMUNE _____

Data e ora i cui è stata eseguita la visita

____ / ____ / _____

Firma e timbro del Medico
