

POLIZZA
infortuni
e
assistenza

Attività Professionali ed Extraprofessionali

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NOTA INFORMATIVA

INFORMATIVA RESA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE AI SENSI DELL'ART. 185 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 209 DEL 7.9.2005 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICHE.

La NET INSURANCE S.p.A. fornisce preventivamente all'interessato, ai sensi di legge, le seguenti informazioni.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Il contratto di assicurazione sarà concluso con NET Insurance S.p.A., con sede legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici, 40 - 00194 Roma, Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami di cui ai provvedimenti ISVAP n. 1756 del 18.12.2000, n. 2131 del 4.12.2002 e n. 2444 del 10.07.2006.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Legislazione applicabile

Il contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla:

Net Insurance S.p.A. - Direzione Generale

Via dei Giuochi Istmici, 40 - 00194 Roma

Fax 06.36724.800

e.mail: info@netinsurance.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 del Consumatore - Sezione Reclami - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Net Insurance S.p.A.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione delle responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

Termini prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

SI RICHAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI ARTICOLI CONCERNENTI I RISCHI ASSICURATI E QUELLI ESCLUSI, GLI EVENTUALI LIMITI DI INDENNIZZO, GLI OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO, IL RECESSO DELLE PARTI, LA DURATA DEL CONTRATTO.

DEFINIZIONI

NEL TESTO CHE SEGUE SI INTENDONO PER:

3

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Beneficiario

Il soggetto a cui spetta l'Indennizzo.

Centrale Operativa

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

Centrale di Telemedicina

È la struttura SOIT - Second Opinion Italy S.r.l. costituita da medici ed operatori - che è in funzione dalle ore 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che in virtù dell'accordo con il Centro Medico Internazionale di riferimento, provvede alla gestione ed all'erogazione della seconda opinione medica.

Centro Medico Internazionale

Le strutture sanitarie ed i centri clinici della U.C.S.F. di Stanford (USA) di riferimento che costituiscono il fulcro del network internazionale di Ospedali e Medici Specialisti che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Certificato di Polizza o Polizza

Il documento che prova l'accettazione, da parte della Società, della "Proposta di Assicurazione" sottoscritta dal Contraente.

Compagnia o Società

L'Impresa di Assicurazioni Net Insurance S.p.A.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che assume l'obbligo di pagamento del Premio alla Società.

Estensione territoriale

Il mondo.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

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

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.

Polizza o Certificato di Polizza

Il documento che prova l'accettazione, da parte della Società, della "Proposta di Assicurazione" sottoscritta dal Contraente.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni

Sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

Proposta di Assicurazione

La domanda del Contraente (mod. 01.137) di stipulare l'assicurazione con la Società.

Rischio

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

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'Assicurazione e che determina la richiesta di Indennizzo o di assistenza.

Società o Compagnia

L'Impresa di Assicurazioni Net Insurance S.p.A.

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e 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 del Rischio

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

Art. 3 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile.

Art. 4 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di Sinistro ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 5 - Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I Premi devono essere pagati all'Intermediario di Assicurazione al quale è assegnata la gestione del contratto di assicurazione oppure alla Società. 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 della Società 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. 6 - Proroga dell'Assicurazione

In mancanza di disdetta, spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 7 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte.

Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto dalla data di ricevimento della comunicazione da parte della Società. Il recesso esercitato dalla Società 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, la Società mette a disposizione del Contraente il Premio relativo al periodo di Rischio non corso, escluse le imposte.

Per i contratti di durata fino a cinque anni la Società non prevede la facoltà di recesso in caso di Sinistro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 8 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 9 - 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. 10 - Forma delle comunicazioni

Ogni comunicazione tra le Parti deve essere fatta con lettera raccomandata, salvo quanto disposto per i Sinistri delle garanzie di assistenza.

Art. 11 - Prova

È a carico di chi richiede l'Indennizzo o la Prestazione provare che sussistono gli elementi che valgono a costituire il suo diritto all'Indennizzo o alla Prestazione.

Art. 12 - Prescrizione

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

Ai fini del mantenimento del diritto all'Indennizzo, è necessario annualmente interrompere il termine di prescrizione durante l'istruttoria per la liquidazione. Tale interruzione deve avvenire mediante richiesta scritta per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare presso la Sede della Società.

Art. 13 - Foro competente

In caso di controversia tra le Parti, Foro competente è quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente.

Art. 14 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 15 - Oggetto dell'Assicurazione

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

È considerato Infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalità permanente.

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

- 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 quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte.

Art. 16 - Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono esclusi dalla garanzia assicurativa gli Infortuni derivanti:

- a) da guerra, insurrezioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, tsunami ed alluvioni;
- b) da ubriachezza, da abuso di psico-farmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- d) 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);
- e) da conseguenze delle infezioni che non abbiano causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'Art. 15, lettera g);
- f) da conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- g) dall'uso, in qualità di pilota o di membro dell'equipaggio, di mezzi subacquei o aerei;
- h) dalla pratica di paracadutismo, sport aerei in genere, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai;
- i) dalla pratica, anche a carattere non professionale, di: arti marziali, pugilato, atletica pesante;
- l) dalla pratica, non avente carattere ricreativo, di: hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica;
- m) 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 ernie, di qualsiasi tipo o localizzazione.

Art.17 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindrome organica cerebrale, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza e fermo l'obbligo della Società di restituire al Contraente la parte di rata di Premio, pagata e non goduta, al netto delle imposte.

Art.18 - 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'aereomobile e cessa al momento in cui ne scende.

Resta convenuto che in caso di sinistro aereo che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di questa non potrà comunque superare la somma di 1.550.000 € per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dalla Società 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.19 - Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga del precedente Art.16 lettera a) 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 evento di cui sopra che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di questa non potrà comunque superare la somma di 1.550.000 € per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dalla Società per il medesimo evento 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.20 - Guerra

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 all'estero.

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.

Art.21 - Capitali assicurati

Per ogni forma di garanzia, l'Assicurazione viene prestata dalla Società per le somme indicate nel Certificato di Polizza.

Art.22 - Garanzia morte

Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione - entro un anno dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto, la Società liquida il capitale assicurato.

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.23 - Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno 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.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'Indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie di vita sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Assicurazione.

Art.24 - 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, la Società corrisponde:

- a) nel caso di invalidità permanente definitiva totale, l'intero capitale assicurato;
- b) nel caso di invalidità permanente definitiva parziale, un Indennizzo calcolato sul capitale assicurato 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

NORME RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

- 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.

NORME RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

TABELLE GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

//

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%
- 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%
- ambedue 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%

NORME RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

TABELLE GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Paralisi completa del nervo:

- sciatico popliteo esterno 15%

Esiti di frattura:

- scomposta di una costa 1%
- amielica somatica con deformazione a cuneo di:
 - una vertebra cervicale 12%
 - una vertebra dorsale 5%
 - 12^{ma} 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%

Perdita totale anatomica o funzionale di

- un occhio 30%
- ambedue gli occhi 100%

Sordità completa di:

- un orecchio 15%
- ambedue 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.25 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso alla Società entro 20 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.

L'Assicurato deve: sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e documentazione, produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

In caso di morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire alla Società 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.

La Società 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.

Art.26 - Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'Indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio, che risulti indennizzabile a termini di Polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per l'Invalidità Permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette 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. 24, sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Art.27 - Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta e controllata la necessaria documentazione, la Società liquida 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 o, nel caso di controversia entro 30 giorni dalla firma del verbale definitivo del Collegio dei Medici così come indicato nell'art. 29. In caso di controversia giudiziale il termine per il pagamento dell'Indennizzo decorre dalla sentenza di accoglimento delle richieste dell'Assicurato o degli aventi diritto.

Sono a carico della Società le sole spese relative al medico fiduciario nominato dalla stessa ai fini della valutazione del Sinistro.

Art.28 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società 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 dell'Infortunio.

Art.29 - Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla liquidabilità dell'Indennizzo, le Parti hanno la facoltà di conferire, con scrittura privata, 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 delle 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 di 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.

Art.30 – Prestazioni Assistenza

1. Consulenza medica telefonica

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il medico che lo ha in cura sul posto con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Second Opinion

(Prestazione operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, diagnosticato o trattato terapeutamente, necessiti di consulenza medica relativa ad un approfondimento del proprio stato di salute, l'Assicurato stesso potrà contattare i medici della Centrale Operativa al fine di ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Nel caso si ritenga opportuno richiedere una seconda valutazione clinico-diagnostica, la Centrale Operativa metterà in contatto l'Assicurato con la Centrale di Telemedicina ed effettuerà la seconda opinione medica avvalendosi dell'esperienza dei propri medici specialisti qualificati a livello internazionale.

Per beneficiare della Prestazione, l'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Centrale di Telemedicina il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica. I medici della Centrale di Telemedicina, inquadrato il caso con l'Assicurato e concordata la necessità della seconda opinione medica, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al Centro Medico Internazionale di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Centrale Operativa.

Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato richiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Centrale Operativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del Centro Medico Internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

Concordata con la Centrale di Telemedicina e con il medico curante la necessità di una video conferenza, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Centrale di Telemedicina, alla video conferenza stessa.

Le seguenti Prestazioni sono operanti esclusivamente a seguito di un Infortunio verificatosi all'estero, ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato

3. Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora, a seguito della Prestazione "Consulenza medica telefonica" di cui al punto 1. che precede, si ravvisi la necessità per l'Assicurato all'estero di essere sottoposto ad una visita specialistica, la Centrale Operativa gli segnalerà un medico nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

4. Rientro sanitario

Qualora, a seguito di Infortunio, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un Istituto di Cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario (limitatamente ai Paesi Europei);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Compagnia, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

La Compagnia, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla Prestazione, le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addividengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

5. Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempreché commercializzate in Italia) irrimediabili sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad inviargliele con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Compagnia terrà a proprio carico le spese di ricerca e spedizione dei medicinali fino ad un massimo di 500,00 € per Sinistro, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali stessi.

6. Anticipo spese mediche all'estero

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di 500,00 € per Sinistro. Qualora l'ammontare delle fatture superasse l'importo di 500,00 €, la Prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. L'importo delle fatture pagate a titolo di anticipo dalla Centrale Operativa non potrà mai comunque superare la somma di 2.500,00 €.

Al rientro in Italia l'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine, dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

7. Rientro salma

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, sia deceduto, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Compagnia a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 5.000,00 € per Sinistro. Se tale Prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo diventerà operante dal momento in cui la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

Art.31 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le Prestazioni

1. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità del servizio è di 60 giorni.

Tutte le Prestazioni sono fornite fino ad un massimo di tre volte per anno di validità del servizio.

2. 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 Centrale Operativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del Sinistro stesso.

3. Tutte le Prestazioni non sono dovute per Sinistri provocati o dipendenti da:

- a. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici o 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 a 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 motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte 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.

4. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire Indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

5. Il diritto alle Prestazioni fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del Sinistro.

NORME RELATIVE AI SINISTRI ASSISTENZA

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 542 009

oppure al numero di Milano

02 58286549

oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Piazza Trento, 8

20135 MILANO

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

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

La Centrale Operativa 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 gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. DEL 30.06.2003 N. 196 (PIU' AVANTI DENOMINATO "LEGGE")

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

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

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

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 e/o incaricati 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 la Società 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 dalla Società.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto I, 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 REINSURANCE COMPANY – Rappresentanza per l'Italia, Europ Assistance Italia S.p.A.), 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 comunicati, per le finalità di cui al punto I, 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 S.p.A. con sede in Via dei Giuochi Istmici, 40, 00194 Roma.

L'elenco dei nominativi delle persone "Responsabili" del trattamento è disponibile presso la sede della Società.



Net Insurance S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale

Via dei Giuochi Istmici, 40 - 00194 Roma

Tel. 06 36724.1 / Fax 06 36724.800 - C.P.6252 - 00195 Roma Prati

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

Capitale Sociale € 5.750.000,00 i.v.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni
di cui ai Provvedimenti ISVAP n. 1756 del 18.12.2000 G.U. del 28.12.2000 n. 301, n. 2131 del 4.12.2002 G.U. del 13.12.2002 n. 292
e n.2444 del 10.07.2006 G.U. del 17.07.2006 n. 164
n. di REA RM 948019 - Partita IVA n. 06130881003

Mod. 01/I38

Ed. 01.2008

Studio Grafico Luca Marzulli - Roma

