Protezione SkiPass

POLIZZA MULTIRISCHI

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE ED ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO: 12.2025

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari"

Mod. NET/0208/Ed.12.2025

Contratto di Assicurazione Multirischio.

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Net Insurance S.p.A.

Prodotto: “Protezione SkiPass”

Data ultimo aggiornamento: 12.2025

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di Assicurazione è?

Questa polizza offre varie garanzie assicurative connesse alla pratica ricreativa di sci, sci da fondo, snowboard, slitta, slittino, utilizzando gli impianti di risalita gestiti da GITS S.r.l., società di gestione degli impianti di risalita di Monte Purito, Selvino (BG)

Che cosa è assicurato?

In relazione alla pratica ricreativa di sci, sci da fondo, snowboard, slitta, slittino, utilizzando gli impianti di risalita gestiti da Gits S.r.l, la polizza:

- ✓ tutela l’Assicurato in caso di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale;
- ✓ tutela l’Assicurato per le spese legali derivanti da controversie insorte a seguito di un fatto accidentale;
- ✓ rimborsa, con limite di € 5.000,00, i costi di ricerca, salvataggio o recupero dell’Assicurato, anche con utilizzo di toboga, elisoccorso o autoambulanza;
- ✓ garantisce il pagamento di un Indennizzo a seguito di Infortunio subito dall’Assicurato;
- ✓ in caso di Infortunio indennizzabile, riconosce all’Assicurato, con un limite di € 300,00, il rimborso dei costi anticipati e non rimborsati per la mancata fruizione, totale o parziale, di:
  - skipass;
  - lezioni di sci non usufruite;
  - noleggio attrezzatura sportive.

Che cosa non è assicurato?

Per tutte le garanzie previste dal contratto di assicurazione e salve le specifiche esclusioni / limitazioni di copertura previste nelle singole Sezioni, sono esclusi i danni verificatesi a seguito di:

- partecipazione a competizioni agonistiche a qualunque titolo (anche amatoriale) incluso l’allenamento in vista di queste competizioni, fatte salve esclusivamente le competizioni di slalom gigante e speciale amatoriali, non professionistiche e senza premi in denaro;
- Sci Alpinismo;
- Sci Estremo;
- utilizzo dello skipass contro il Regolamento del Contraente;
- sinistri avvenuti fuori dall’Area Sciabile.
- stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- atti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

! Al momento della sottoscrizione dell’Assicurazione, l’età dell’Assicurato non può essere inferiore a 8 anni compiuti o superiore a 75 anni compiuti. La garanzia di Responsabilità Civile è prestata in secondo rischio qualora l’Assicurato abbia già in corso di validità altra polizza di altro assicuratore che preveda la medesima copertura; quindi, la garanzia interviene dopo l’esaurimento del Massimale del contratto di responsabilità civile dell’altro assicuratore di responsabilità civile.

Dove vale la copertura

L'Assicurazione è valida esclusivamente per i Sinistri avvenuti all'interno della Area Sciabile.

Che obblighi ho?

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta.
La denuncia di Sinistro potrà essere inviata con una delle seguenti modalità:

- per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA – Italia;
- per e-mail: claims@netinsurance.it

Per la garanzia di Tutela Legale, la denuncia di Sinistro dovrà essere inviata a ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

- Viale del Commercio n.59 - 37135 Verona
- fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557,
- e-mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it,
- fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449
- e-mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: sinistri@ARAG.it

Quanto e come devo pagare?

Il Premio è determinato sulla base della combinazione di durata scelta e viene pagato in un'unica soluzione anticipata.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto dalla data del giorno indicato nel Certificato di Polizza, pari al giorno di inizio fruizione dello skipass. Il Periodo di Durata dell'Assicurazione dipende dalla combinazione di durata scelta dall'Assicurato: Combinazione 1: giornaliera; Combinazione 2: minimo 3 giorni; Combinazione 3: stagionale (scadenza 15 maggio 2026). L'Assicurazione termina alle ore 24 del giorno di Scadenza del Periodo di Durata dell'Assicurazione indicato nel Certificato di Polizza, pari al giorno di scadenza dello skipass.
L'assicurazione cessa alla scadenza, senza tacito rinnovo.

Come posso disdire la polizza?

Non c'è possibilità di disdetta della Polizza poiché l'Assicurazione cessa alla scadenza senza tacito rinnovo.
Se l'Assicurazione ha durata di 30 giorni, ai sensi dell'art. 67 duodecies comma 5 lett. B) del D. Lgs. 206/2005, è previsto il diritto di recesso da esercitare entro 14 giorni dal pagamento del Premio.
Il Contraente può comunicare all'Assicuratore la propria volontà di recesso:

- per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA – Italia.

Il recesso ha effetto dalle ore 24 della comunicazione.
L'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il Premio imponibile per il periodo non goduto con le stesse modalità definite per il pagamento del Premio.

Contratto di Assicurazione Multirischio.

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

Compagnia: Net Insurance S.p.A.

Prodotto: "Protezione SkiPass"

Data ultimo aggiornamento: 12.2024

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Net Insurance S.p.A. – Società per Azioni facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita – Albo Gruppi Assicurativi IVASS n. 43 – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 – Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; e-mail: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n. 2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013, n. 231077 del 20/12/2017 e n. 0297286 del 22/12/2023. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136.

Il patrimonio netto di **Net Insurance S.p.A.** ammonta a € 98,3 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 80,7 milioni.
Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 50,3 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 18,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 101,6 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 201,86%.
Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2023 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: http://www.netinsurance.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che Cosa è assicurato?

Infortuni

L'Assicurazione è prestata a copertura degli Infortuni subiti dall'Assicurato nel Periodo di Durata dell'Assicurazione nel corso di pratica ricreativa di sci, sci da fondo, snowboard, slitta, slittino, utilizzando gli impianti di risalita di Monte Purito – Selvino, gestiti da GITS S.r.l..
Prestazioni garantite:

1.Decesso a seguito di Infortunio
In caso di decesso, l'Assicuratore liquiderà l'Indennizzo pari a € 30.000,00.

2. Invalidità Permanente da Infortunio.
La garanzia è prestata per un Capitale assicurato di € 30.000,00. Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Invalidità permanente di grado superiore al 30%, se la stessa si manifesta entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo determinato mediante applicazione, sul Capitale assicurato, della percentuale di Invalidità permanente accertata secondo i criteri stabiliti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 66% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo pari al 100% del Capitale assicurato. Esempio applicazione Franchigia:

• Percentuale di Invalidità Permanente accertata	• Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
• Da 1 a 30%	• 0
• 45%	• 15%
• dal 66% al 100%	• 100%

3.Rimborso spese di cura da Infortunio
La garanzia è prestata per un capitale assicurato di € 500,00. Nel caso di Infortunio l'Assicuratore rimborsa le seguenti spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro:

a) per il Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato: rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di Intervento, diritti di sala operatoria, medicinali;
b) per Intervento chirurgico anche ambulatoriale;
c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;

	d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa; e) per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie; f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia; g) in relazione alle prestazioni indennitarie di cui alle lettere c), e) ed f), la garanzia è operante a condizione che le spese siano sostenute previa specifica prescrizione medica. h) le spese di cui alla lettera f) vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio.
Responsabilità Civile	L'Assicuratore tiene indenne l'Assicurato fino a concorrenza del Massimale di € 200.000,00 di quanto questi sia tenuto a pagare, quali civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni - causati da evento avvenuto nel periodo di Durata dell'Assicurazione - involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale causato dalla pratica ricreativa di sci, sci da fondo, snowboard, slitta, slittino, utilizzando gli impianti di risalita gestiti da GITS S.r.l.
Tutela Legale	Le garanzie vengono prestate, nei limiti di un massimale di € 5.000,00, a favore dell'Assicurato per le controversie connesse all'esercizio di un fatto accidentale avvenuto nel corso pratica ricreativa di sci, sci da fondo, snowboard, slitta, slittino, utilizzando gli impianti di risalita gestiti da GITS S.r.l.. Prestazioni garantite: 1**. delitti colposi o contravvenzioni** Sono coperte le spese sostenute in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni; prima della formulazione della notizia di reato. 2. **danni subìti in risarcimento tradizionale** Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali a persone e cose subìti per fatti illeciti di terzi. 3. **danni subìti** Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali a persone e cose subìti per fatti illeciti di terzi. Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, le garanzie operano in secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del massimale per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.
Rimborso spese recupero e salvataggio	Qualora durante la pratica ricreativa di sci, sci da fondo, snowboard, slitta, slittino, utilizzando gli impianti di risalita gestiti da GITS S.r.l., si rendano necessarie operazioni di ricerca, salvataggio o recupero dell'Assicurato, anche con utilizzo di toboga, elisoccorso o autoambulanza, l'Assicuratore sosterrà i costi fino al centro di primo soccorso nei limiti del massimale di € 5.000,00.
Rimborso costi (operante solo per Combinazione di durata n.2 e 3)	In caso di Infortunio in Garanzia l'Assicuratore riconosce all'Assicurato il rimborso dei costi, a se stesso riferiti, anticipati e non rimborsati, per la mancata fruizione, totale o parziale, di: - skipass; - lezioni di sci non usufruite; - noleggio attrezzatura sportiva.

Ci sono limiti di copertura?

	Le garanzie sono soggette alle seguenti franchigie: - 30%, relativamente all'Invalidità Permanente da infortunio; - € 100,00, relativamente al Rimboso Spese Mediche da infortunio; - € 100,00, relativamente alla Responsabilità Civile; - € 100,00, relativamente al rimborso spese di ricerca e salvataggio; - € 30,00, relativamente al rimborso costi; Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Che Cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	In aggiunta a quanto già illustrato nel DIP DANNI: *Con riferimento alla Garanzia "Infortuni "* - Sono esclusi dalla copertura assicurativa gli infortuni derivanti da: - terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche; - operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; - trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare; - direttamente o indirettamente da qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito; - terrorismo o che siano conseguenza diretta o indiretta di terrorismo, inclusa qualsiasi azione intrapresa per ostacolare o difendersi da un atto terroristico effettivo o previsto; - guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare; - direttamente o indirettamente dalle seguenti condizioni in cui si possa trovare l'Assicurato al momento del sinistro: stato di alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, AIDS o sindromi correlate, diabete; - direttamente o indirettamente dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici. *Con riferimento alla Garanzia "Tutela Legale"* La garanzia non opera per sinistri relativi a: - materia fiscale o amministrativa; - fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive; - fatti conseguenti a eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme; - fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente; - Vertenze con l'Assicuratore; - adesione ad azioni di classe (class action); *Con riferimento alla Garanzia "Rimborso costi"* La garanzia: - non è operante se l'Infortunio non è indennizzabile; - se la mancata fruizione dipende da cause, soggettive o oggettive, diverse da un Infortunio (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Malattia, impedimento del fornitore); - non comprende le spese rimborsate dal fornitore (maestro di sci, noleggiatore dell'attrezzatura sportiva).

A chi è rivolto questo prodotto

L'Assicurazione è rivolta alle persone fisiche per la relativa protezione in caso di Infortuni, in caso di danni involontariamente cagionati a terzi e per il rimborso delle spese di recupero e salvataggio e dei costi sostenuti.

uali costi devo sostenere?

Sul Premio imponibile incidono costi per l'intermediazione assicurativa pari al 20,00%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

	Net Insurance S.p.A. - Ufficio Reclami **Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 Roma** **Fax 06 89326.570 - Pec: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it** Al fine di un'ottimale gestione dei reclami devono essere forniti i seguenti dati: • nome, cognome e domicilio del reclamante ed eventuale recapito telefonico e/o indirizzo e-mail; • numero di polizza; numero di sinistro, qualora aperto; • individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni documentazione utile a sostegno della lamentela unita in allegato. La Compagnia, ricevuto il reclamo, ha 45 giorni (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di reclamo relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del reclamo) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile. Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
All'IVASS	Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni (prorogabile per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso sopra indicato), prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a: **800486661 – Fax 06.42133745 – 42133353** **www.ivass.it** La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni: • dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, indirizzo postale, indirizzo e-mail - se disponibile anche indirizzo PEC, eventuale recapito telefonico; • individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; • ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo. Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS: • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi; • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza); • i reclami già presentati direttamente all'impresa di assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente; • i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Tutte le controversie relative ai contratti di assicurazione stipulati con la Net Insurance S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana, pertanto, resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Per i prodotti ove previsto è possibile l'utilizzo dell'Arbitrato, nella forma e nella modalità previsti dalle condizioni di assicurazione. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'imprese che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://ec.europa.eu/finance/fin-net/), o all'IVASS che provvede all'inoltro dandone notizia al reclamante.

Condizioni di Assicurazione – PROTEZIONE SKIPASS

Polizza multirischi

Sommario

GLOSSARIO 3

PREMESSA **6**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE **6**

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE **6**

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del *Rischio* 6
Art. 2 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dall'Assicurazione 6
Art. 3 - Effetto e durata dell'Assicurazione - Decorrenza della garanzia 6
Art. 4 - Determinazione del Premio 6
Art. 5 - Recesso 6
Art. 6 - Recesso in caso di Sinistro 6
Art. 7 - Altre assicurazioni 6
Art. 8 - Modifiche dell'Assicurazione 7
Art. 9 - Forma delle comunicazioni 7
Art. 10 - Oneri fiscali 7
Art. 11 - Limiti di età 7
Art. 12 - Persone non assicurabili 7
Art. 13 - Esclusioni 7
Art. 14 - Validità territoriale 7
Art. 15 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente 7

SEZIONE I – RESPONSABILITA' CIVILE (sempre operante) **7**

Art. 16 - Oggetto dell'Assicurazione 7
Art. 17 - Esclusioni 8
Art. 18 - Cosa fare in caso di Sinistro 8
Art. 19 - Gestione delle vertenze e spese di resistenza 8
Art. 20 - Persone non considerate terzi 8

SEZIONE II – TUTELA LEGALE (sempre operante) **8**

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione 9
Art. 22 - Spese coperte Garanzie di Tutela Legale 9
Art. 23 - Spese non coperte Garanzie di Tutela Legale 10
Art. 24 – Esclusioni 10
Art. 25 - Operatività delle Garanzie di Tutela Legale in presenza di polizza di Responsabilità Civile 10
Art. 26 - Insorgenza del sinistro 10
Art. 27 - Termini di denuncia del Sinistro e fornitura dei mezzi di prova 11
Art. 28 - Gestione del sinistro, scelta dell'avvocato e criteri di indennizzabilità 11
Art. 29 - Recupero di somme anticipate da ARAG 11
Art. 30 - Disaccordo con ARAG per la gestione del sinistro e conflitto di interessi 11
Art. 31 - Obblighi di comunicazione 11

SEZIONE III – RIMBORSO SPESE RECUPERO E SALVATAGGIO (sempre operante) **12**

Art. 32 - Oggetto dell'Assicurazione 12
Art. 33 - Cosa fare in caso di Sinistro 12
Art. 34 - Pagamento dell'Indennizzo 12

SEZIONE IV – INFORTUNI (sempre operante) **12**

Art. 35 - Oggetto dell'Assicurazione 12
Art. 36 - Esclusioni 14
Art. 37 - Cosa fare in caso di Sinistro 14
Art. 38 - Criteri di indennizzabilità 14
Art. 39 - Cumulo di Indennizzi 15
Art. 40 - Pagamento dell'Indennizzo 15

Art. 41 - Rinuncia al diritto di surrogazione 15
Art. 42 - Arbitrato 15

SEZIONE V – RIMBORSO COSTI (operante solo per Combinazione n.2 e n. 3) **15**
Art. 43 - Oggetto dell'Assicurazione 15
Art. 44 - Massimale 16
Art. 45 - Esclusioni 16
Art. 46 - Franchigia 16
Art. 47 - Cosa fare in caso di Sinistro 16
Art. 48 - Pagamento dell'Indennizzo 16

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Definizioni

Aderente/Assicurato
La persona fisica intestataria titolare che ha acquistato lo skipass dal Contraente, di età minima di 8 anni compiuti e massima di 75 anni compiti.

Area Sciabile
La superficie innevata, anche artificialmente, aperta al pubblico costituita dalle piste innevate e destinate alla pratica dell'Attività Sportiva all'interno delle aree sciabili connesse agli impianti di risalita gestiti dal Contraente.

Assicuratore
Net Insurance S.p.A.

Assicurazione
Il contratto mediante il quale l'Assicuratore, a fronte del pagamento del Premio, si obbliga a corrispondere un Indennizzo in caso di Sinistro nei limiti delle Condizioni di Assicurazione.

Attività Sportiva
La pratica ricreativa di sci, sci da fondo, snowboard, slitta, slittino, utilizzando gli impianti di risalita gestiti dal Contraente.
È esclusa dal novero di Attività Sportiva e quindi esclusa da ogni garanzia:

- la partecipazione a competizioni agonistiche a qualunque titolo (anche amatoriale) incluso l'allenamento in vista di queste competizioni, fatte salve esclusivamente le competizioni di slalom gigante e speciale amatoriali, non professionistiche e senza premi in denaro;
- Sci Alpinismo;
- Sci Estremo;
- utilizzo dello skipass contro il Regolamento del Contraente;
- sinistri avvenuti fuori dall'Area Sciabile.

Beneficiario
Il soggetto cui spetta l'Indennizzo.

Certificato di Polizza
Il documento, sottoscritto dall'Assicuratore, che prova l'Assicurazione.

Contraente
GITS S.r.l. - Gestione Impianti Turistici Selvino. Sede legale: VIA GABRIELE ROSSETTI 9, 20145, MILANO (MI). Sede operativa: Monte Purito 24020 Selvino (BG). Partita IVA: 08640500966: società di gestione degli impianti di risalita di Monte Purito – Selvino (BG); quale soggetto che stipula l'Assicurazione per conto altrui, ai sensi dell'art. 1891 del Codice Civile.

Convenzione Collettiva
Pattuizione quadro ad inclusione facoltativa, sottoscritta, attraverso il Distributore, tra la Compagnia ed il Contraente, alimentata dall'emissione di disgiunti Certificati di Polizza per ogni Assicurazione.

Distributore
ONE Underwriting S.r.l., Intermediario di Assicurazione, iscrizione RUI n. A000485912.

Capitale / Massimale assicurato
L'importo massimo che l'Assicuratore indennizza in caso di Sinistro e che è riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

Franchigia

L'importo che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun Sinistro.

Indennizzo/Indennità
La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

Infortunio
Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Malattia
Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Parte
L'Assicuratore o l'Assicurato, quando disgiuntamente.

Parti
L'Assicuratore e l'Assicurato, quando congiuntamente.

Periodo di Durata dell'Assicurazione.
Il periodo di durata del contratto di assicurazione indicato nel Certificato di Polizza.

Premio
Importo, comprensivo di imposte, che l'Assicurato deve corrispondere per le Coperture Assicurative prestate.

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

Ricovero
La degenza, comportante almeno un pernottamento, in Istituto di cura.

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

Scadenza del Periodo di Durata dell'Assicurazione
La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Sci alpinismo
La pratica dello sci, anche fuori pista, con ascensioni ed escursioni in montagna, senza utilizzo degli impianti di risalita, su percorsi non tracciati e con livello di difficoltà superiore a BS della scala di Blachére.

Sci estremo
Discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Set Informativo
L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Danni, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione) da consegnare all'Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo Digitale di Adesione.

SkiPass
Titolo di fruizione, per un periodo determinato, degli impianti di risalita gestiti dal Contraente.

Sinistro
Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione. Per Sinistro si intende l'Infortunio subito dall'Assicurato nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Definizioni specifiche della Sezione TUTELA LEGALE

Fase giudiziale
La fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase stragiudiziale
La fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti, anche con la mediazione e la negoziazione assistita, senza l'intervento dell'autorità giudiziaria.

Fatto illecito
L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

Perito
L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Reato
I reati si distinguono in delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o della multa, e in contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per le quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

Responsabilità contrattuale
La responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte in favore dell'altra parte contrattuale.

Responsabilità extracontrattuale
La responsabilità in capo al soggetto che, commettendo un fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.

Spese di giustizia
Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

Spese di soccombenza
Le spese che il giudice con la sentenza che chiude il processo pone a carico della parte soccombente per rimborsare le spese processuali alla parte vittoriosa.

Vertenza
Il conflitto di pretese tra assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

PREMESSA

1. Il Contraente gestisce gli impianti di risalita di Monte Purito – Selvino (BG);
2. il Contraente intende qualificare ulteriormente i propri servizi, rendendo, a libera adesione, disponibile, attraverso il Distributore, per gli intestatari di skipass (Aderenti / Assicurati), un pacchetto di coperture assicurative;
3. il Contraente, l'Assicuratore ed il Distributore hanno pertanto stipulato apposita Convenzione Collettiva n.826 per la stipula di Assicurazioni secondo le condizioni di cui al seguito.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le garanzie riportate a stampa sul modello di Certificato di Polizza, ed è prestata per il Capitale / Massimale assicurato indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione.
Le coperture assicurative indicate sono operanti se sia stato pagato il relativo Premio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del *Rischio*.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dall'Assicurazione
Gli obblighi derivanti dall'Assicurazione devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c.

Art. 3 - Effetto e durata dell'Assicurazione - Decorrenza della garanzia
L'Assicurazione ha effetto dalla data del giorno indicato nel Certificato di Polizza, pari al giorno di inizio fruizione dello skipass.
Il Periodo di Durata dell'Assicurazione dipende dalla combinazione di durata scelta dall'Assicurato:
Combinazione 1: giornaliera
Combinazione 2: minimo 3 giorni – massimo 15 giorni
Combinazione 3: stagionale (scadenza 15 maggio 2026).
L'Assicurazione termina alle ore 24 del giorno di Scadenza del Periodo di Durata dell'Assicurazione indicato nel Certificato di Polizza, pari al giorno di scadenza dello skipass.
L'assicurazione cessa alla scadenza, senza tacito rinnovo.

Art. 4 - Determinazione del Premio
Il Premio è determinato sulla base della Combinazione di durata di cui al precedente art. 3.

Art. 5 - Recesso
Per la Combinazione 3 è previsto il diritto di recesso dell'Assicurato entro i quattordici giorni successivi al pagamento della rata di Premio.

Art. 6 - Recesso in caso di Sinistro
Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Assicurazione e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.
In caso di recesso esercitato dall'Assicuratore, quest'ultimo, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Rischio non corso.

Art. 7 - Altre assicurazioni
L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione, fermo l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'art. 1910 c.c.
Relativamente alla Sezione I – Responsabilità Civile, la garanzia è prestata in secondo rischio qualora l'Assicurato abbia già in

corso di validità altra polizza di altro assicuratore che preveda la medesima copertura; quindi la garanzia interviene dopo l'esaurimento del Massimale del contratto di responsabilità civile dell'altro assicuratore di responsabilità civile.

Art. 8 - Modifiche dell'Assicurazione
Le eventuali modificazioni al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9 - Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono all'Assicuratore.

Art. 10 - Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 11 - Limiti di età
Al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione, l'età dell'Assicurato non può essere inferiore a 8 anni compiuti o superiore a 75 anni compiuti.

Art. 12 - Persone non assicurabili
Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla *Malattia* di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Art. 13 - Esclusioni
Per tutte le garanzie previste dal presente contratto di assicurazione e salve le specifiche esclusioni / limitazioni di copertura previste nelle singole Sezioni, sono esclusi i danni verificatesi a seguito di:

- **partecipazione a competizioni agonistiche a qualunque titolo (anche amatoriale) incluso l'allenamento in vista di queste competizioni, fatte salve esclusivamente le competizioni di slalom gigante e speciale amatoriali, non professionistiche e senza premi in denaro;**
- **Sci Alpinismo;**
- **Sci Estremo;**
- **utilizzo dello skipass contro il Regolamento del Contraente;**
- **sinistri avvenuti fuori dall'Area Sciabile.**
- **stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.**

Art. 14 - Validità territoriale
L'Assicurazione è valida esclusivamente per i Sinistri avvenuti all'interno della Area Sciabile.

Art. 15 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente
Tutte le controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

SEZIONE I – RESPONSABILITA' CIVILE (sempre operante)

Art. 16 - Oggetto dell'Assicurazione
L'Assicuratore tiene indenne l'Assicurato fino a concorrenza del Massimale di € 200.000,00 con una **franchigia assoluta di Euro 100,00 per Sinistro**, di quanto questi sia tenuto a pagare, quali civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento

(capitale, interessi e spese) di danni – causati da evento avvenuto nel Periodo di Durata dell'Assicurazione - involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale causato nel corso dell'Attività Sportiva.

La garanzia è prestata in secondo rischio qualora l'Assicurato abbia già in corso di validità altra polizza di altro assicuratore che preveda la medesima copertura; quindi la garanzia interviene dopo l'esaurimento del Massimale del contratto di responsabilità civile dell'altro assicuratore di responsabilità civile.

Art. 17 - Esclusioni

Sono esclusi i danni verificatesi a seguito di:

- **la partecipazione a competizioni agonistiche a qualunque titolo (anche amatoriale) incluso l'allenamento in vista di queste competizioni, fatte salve esclusivamente le competizioni di slalom gigante e speciale amatoriali, non professionistiche e senza premi in denaro;**
- **Sci Alpinismo;**
- **Sci Estremo;**
- **utilizzo dello skipass contro il Regolamento del Contraente;**
- **sinistri avvenuti fuori dall'Area Sciabile.**
- **stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.**

Art. 18 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 c.c.

La denuncia del Sinistro deve essere inviata all'Assicuratore e deve contenere l'indicazione di nome e cognome dell'Assicurato, identificativo dello skipass, luogo, giorno, ora dell'evento, gli estremi della controparte, nonché dettagliata descrizione della dinamica dell'accaduto e del tipo di danni provocato, eventuale verbale dell'autorità intervenuta, estremi di eventuale altra polizza in vigore per lo stesso rischio.

La denuncia di Sinistro potrà essere inviata con una delle seguenti modalità:

- **per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA – Italia;**
- **per e-mail: claims@netinsurance.it.**

Art. 19 - Gestione delle vertenze e spese di resistenza

L'Assicuratore assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti o azioni spettanti all'Assicurato stesso. L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

L'Assicuratore ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico dell'Assicuratore le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale assicurato per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite fra l'Assicuratore e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'Assicuratore non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 20 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi:

- **il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori, i figli, nonché qualsiasi parente e affine con loro convivente.**

SEZIONE II – TUTELA LEGALE (sempre operante)

Premessa

L'Assicuratore per la gestione e liquidazione dei Sinistri si avvale di:

ARAG SE

Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (di seguito denominata ARAG)

Viale del Commercio n.59 - 37135 Verona

Principali riferimenti:
Telefono centralino: 045.8290411,
fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557,
mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it,
fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449
mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: sinistri@ARAG.it

alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione
Le garanzie vengono prestate, nei limiti di un Massimale di € 5.000,00 per sinistro, all'Assicurato per le controversie connesse all'esercizio di un fatto accidentale avvenuto nel corso dell'Attività Sportiva.

Prestazioni garantite:

1. delitti colposi o contravvenzioni
Sono coperte le spese sostenute in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni; anche prima della formulazione della notizia di Reato.

2. danni subìti
Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali a persone e cose subìti per fatti illeciti di terzi.

3. danni causati
Sono coperte le spese sostenute per resistere alla richiesta di risarcimento di terzi per danni extra contrattuali causati dagli assicurati.
Sono escluse le spese sostenute per l'accertamento tecnico preventivo antecedente rispetto all'intervento dell'assicuratore di responsabilità civile.
La garanzia opera in secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del Massimale per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza ex art. 1917 comma 3 codice civile.
La garanzia opera a primo rischio nei seguenti casi:

- la polizza di responsabilità civile non opera nel merito, in quanto non copre la fattispecie denunciata perché non è oggetto di copertura o perché espressamente esclusa dalla copertura o perché il danno è di importo inferiore rispetto alla franchigia prevista in polizza.
- la polizza di responsabilità civile non opera perché non c'è responsabilità dell'assicurato.
- la polizza di responsabilità civile non opera perché l'assicuratore di responsabilità civile ha esaurito il massimale per liquidare il danno; in questo caso la garanzia opera per la parte di danno eccedente il massimale.
- l'assicuratore di responsabilità civile copre il danno ma non le spese legali per la resistenza alla richiesta di risarcimento. A titolo esemplificativo: se l'assicuratore di responsabilità civile non ne ha interesse perché ha liquidato il danno al terzo con un esborso inferiore al massimale di polizza o per violazione del patto di gestione lite.

La garanzia non opera se il sinistro è denunciato all'assicuratore di responsabilità civile oltre i termini di prescrizione.

Art. 22 - Spese coperte Garanzie di Tutela Legale
Quando l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, l'Assicuratore, nei limiti stabiliti dalla polizza, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della Vertenza
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo **se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG**
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato
- spese di esecuzione forzata **fino a 2 (due) tentativi per sinistro**
- spese dell'organismo di mediazione, **quando la mediazione è obbligatoria**
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri

- compensi dei Periti
- spese di giustizia
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale

Le spese legali sono coperte per l'intervento di 1 (un) solo avvocato per ogni grado di giudizio.

Art. 23 - Spese non coperte Garanzie di Tutela Legale
Quando l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, l'Assicuratore non copre le seguenti spese:

- **compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite**
- **compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale**
- **compensi dell'avvocato domiciliatario se non indicato da ARAG**
- **spese per l'indennità di trasferta**
- **spese di esecuzione forzata oltre il secondo caso per sinistro**
- **spese dell'organismo di mediazione quando la mediazione non è obbligatoria**
- **imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia**
- **multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere**
- **spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali**
- **spese non concordate con ARAG**
- **ogni duplicazione di onorari in caso di domiciliazione**

Art. 24 – Esclusioni
Le garanzie non operano per sinistri relativi a:

1. **materia fiscale o amministrativa;**
2. **fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;**
3. **fatti conseguenti a eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;**
4. **fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente;**
5. **Vertenze con l'Assicuratore;**
6. **adesione ad azioni di classe (class action);**
7. **competizioni agonistiche a qualunque titolo (anche amatoriale) incluso l'allenamento in vista di queste competizioni, fatte salve esclusivamente le competizioni di slalom gigante e speciale amatoriali, non professionistiche e senza premi in denaro;**
8. **Sci Alpinismo;**
9. **Sci Estremo;**
10. **utilizzo dello skipass contro il Regolamento del Contraente;**
11. **sinistri avvenuti fuori dall'Area Sciabile.**

Art. 25 - Operatività delle Garanzie di Tutela Legale in presenza di polizza di Responsabilità Civile
Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, **le garanzie del presente contratto operano in secondo rischio, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile** per spese di resistenza e soccombenza.

Art. 26 - Insorgenza del sinistro
La data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica l'evento a seguito del quale insorge la vertenza.
L'evento, in base alla natura della vertenza, è inteso come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subìto o causato dall'Assicurato
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.
Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.
Se più Assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la garanzia opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del sinistro il massimale per sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

Sono coperti i sinistri che sono avvenuti dalla data di efficacia della copertura assicurativa per il danno o presunto danno extra contrattuale e per la violazione o presunta violazione di norme penali.

Art. 27 - Termini di denuncia del Sinistro e fornitura dei mezzi di prova
La denuncia del sinistro deve essere presentata tempestivamente all'Assicuratore e/o ad ARAG nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza e comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione del contratto o di eventuali altri contratti emessi successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.
L'Assicurato può denunciare i nuovi sinistri utilizzando la mail denunce@arag.it oppure il numero di fax +39 045.8290557; invece, per inviare la successiva documentazione relativa alla gestione dei sinistri, può utilizzare la mail sinistri@arag.it oppure il numero di fax +39 045.8290449.
L'Assicurato deve informare l'Assicuratore e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.
In mancanza, ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

L'Assicurato ha l'obbligo di trasmettere tempestivamente ad ARAG la copia della sentenza definitiva o il riscontro dato dalla compagnia di responsabilità civile.

Art. 28 - Gestione del sinistro, scelta dell'avvocato e criteri di indennizzabilità
Ricevuta la denuncia del sinistro ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'Assicurato.
La fase stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.
Per valutare la copertura assicurativa delle spese della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, **ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'Assicurato ha l'onere di fornire.**
Per la fase giudiziale l'assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario
L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'assicurato; **pertanto ARAG non è responsabile del loro operato.**
Le spese per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono coperte solo se preventivamente autorizzate da ARAG.
ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.
Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.
Il pagamento delle spese garantite avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.

Art. 29 - Recupero di somme anticipate da ARAG
L'Assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da ARAG quando ha diritto di recuperarle dalla controparte.

Art. 30 - Disaccordo con ARAG per la gestione del sinistro e conflitto di interessi
In caso di disaccordo tra l'Assicurato e ARAG in merito alla gestione del sinistro, la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del Codice di procedura civile.
Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.
In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.
L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

Art. 31 - Obblighi di comunicazione
L'assicurato, dopo la denuncia del sinistro, ha l'obbligo di informare la Società e/o ad ARAG sulle evoluzioni e sulle circostanze dello stesso anche se rimaste immutate:

- per consentire la gestione del sinistro
- per non far decorrere, dalla data dell'ultima comunicazione alla Società e/o ad ARAG, la prescrizione prevista dalla legge

SEZIONE III – RIMBORSO SPESE RECUPERO E SALVATAGGIO (sempre operante)

Art. 32 - Oggetto dell'Assicurazione

Qualora, durante l'Attività Sportiva si rendano necessarie operazioni di soccorso, salvataggio, ricerca o recupero dell'Assicurato, compresi i casi di utilizzo di toboga, elisoccorso o autoambulanza, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato o agli aventi titolo i costi fino al centro di primo soccorso nei limiti di € 5.000,00.

Franchigia di € 100,00 per sinistro.

Art. 33 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 c.c.

La denuncia del Sinistro deve essere inviata all'Assicuratore e deve contenere l'indicazione di nome e cognome dell'Assicurato, identificativo dello skipass, luogo, giorno, ora dell'evento, gli estremi della controparte, nonché dettagliata descrizione della dinamica dell'accaduto e del tipo di danni provocato, eventuale verbale dell'autorità intervenuta.

La denuncia di Sinistro potrà essere inviata con una delle seguenti modalità:

- **per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA – Italia;**
- **per e-mail: claims@netinsurance.it**

Art. 34 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta 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.

SEZIONE IV – INFORTUNI (sempre operante)

Art. 35 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestata a copertura degli Infortuni subiti dall'Assicurato nel Periodo di Durata dell'Assicurazione nel corso dell'Attività Sportiva.

Non sono considerati infortuni:

- le ernie;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- le lesioni tendinee sottocutanee;
- le Malattie.

Prestazioni garantite:

1. **Decesso a seguito di Infortunio**

In caso di decesso, l'Assicuratore liquiderà l'Indennizzo pari a € 30.000,00.
Il Capitale assicurato per il caso di morte viene liquidato purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad Infortunio risarcibile a termini di Assicurazione e questa si verifichi entro un anno dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto. Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
L'Indennizzo per il caso Decesso non è cumulabile con l'Indennizzo previsto per il caso di Invalidità Permanente. Pertanto, la liquidazione del Capitale assicurato per Invalidità Permanente comporta l'impossibilità da parte dell'Assicurato, di ricevere l'Indennizzo per la garanzia Decesso, anche qualora il Decesso sia ascrivibile al medesimo Sinistro che ha portato alla liquidazione dell'Invalidità Permanente.

2. **Invalidità Permanente da Infortunio**

La garanzia è prestata per un Capitale assicurato di € 30.000,00.
Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Invalidità permanente di grado superiore al 30%, se la stessa si manifesta entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo determinato mediante applicazione, sul Capitale

assicurato, della percentuale di Invalidità permanente accertata secondo i criteri stabiliti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000.
Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 66% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo pari al 100% del Capitale assicurato.
Esempio applicazione Franchigia:

• Percentuale di Invalidità Permanente accertata	• Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
• Da 1 a 30%	• 0
• 45%	• 15%
• dal 66% al 100%	• 100%

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.
L'Indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'Indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
L'invalidità permanente verrà erogata secondo la Franchigia e le modalità previste all'articolo 3.7 che segue in deroga al D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 e successive modifiche.
L'accertamento dell'invalidità permanente a seguito di Infortunio deve essere effettuato da un medico legale incaricato dall'Assicuratore non prima di 6 mesi e non oltre i 18 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio che l'ha provocata.
Il diritto all'Indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata oppure nel caso in cui l'invalidità sia quantificabile tramite documentazione medico legale, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato od offerto o quantificabile tramite documentazione successiva secondo le norme della successione testamentaria.
L'accertamento dell'invalidità permanente a seguito di Infortunio deve essere effettuato da un medico legale incaricato dall'Assicuratore non prima di 6 mesi e non oltre i 18 mesi dalla data del verificarsi dell'Infortunio che l'ha provocata.
Il diritto all'Indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata oppure nel caso in cui l'invalidità sia quantificabile tramite documentazione medico legale, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato od offerto o quantificabile tramite documentazione successiva secondo le norme della successione testamentaria.

3. Rimborso spese di cura da Infortunio

La garanzia è prestata per un capitale assicurato di € 500,00.
Nel caso di Infortunio l'Assicuratore rimborsa le seguenti spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro:

a) per il Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato: rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di Intervento, diritti di sala operatoria, medicinali;
b) per Intervento chirurgico anche ambulatoriale;
c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;

d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
e) per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie;
f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia;
g) in relazione alle prestazioni indennitarie di cui alle lettere c), e) ed f), la garanzia è operante a condizione che le spese siano sostenute previa specifica prescrizione medica.
h) le spese di cui alla lettera f) vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio;
i) la Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 100,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio.

La garanzia è cumulabile con quella sub.1 e 2.

Art. 36 - Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura assicurativa gli infortuni derivanti da:

a) terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
b) trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
c) direttamente o indirettamente da qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
d) terrorismo o che siano conseguenza diretta o indiretta di terrorismo, inclusa qualsiasi azione intrapresa per ostacolare o difendersi da un atto terroristico effettivo o previsto;
e) guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare.

Art. 37 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 c.c.
La denuncia del Sinistro deve essere inviata all'Assicuratore e deve contenere l'indicazione di nome e cognome dell'Assicurato, identificativo dello skipass, luogo, giorno, ora dell'evento, gli estremi della controparte, nonché dettagliata descrizione della dinamica dell'accaduto e del tipo di danni provocato, eventuale verbale dell'autorità intervenuta.
La denuncia di Sinistro potrà essere inviata con una delle seguenti modalità:

- **per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA – Italia;**
- **per e-mail: claims@netinsurance.it**

L'Assicurato o, in caso di morte il Beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.
Qualora l'Assicurato non adempia agli obblighi suddetti e/o non consenta all'Assicuratore di inviare il proprio medico fiduciario l'Assicuratore si riserva il diritto di valutare una riduzione parziale o totale dell'Indennizzo.

Art. 38 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per l'Assicurato di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione dell'Assicurazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto, l'influenza che l'Infortunio può avere 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. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'Indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

Art. 39 - Cumulo di Indennizzi
L' Indennità per il caso morte non è cumulabile con quella per l'invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre hanno diritto alla differenza tra l'Indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 40 - Pagamento dell'Indennizzo
Verificata l'operatività delle garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.
Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia:
- nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire dopo che l'Indennizzo sia già stato liquidato o comunque sia pervenuto al medesimo offerta in misura determinata, l'Assicuratore pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.
- nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire prima del termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante dall'Infortunio o prima dell'accertamento medico-legale dell'Assicuratore, per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

Per le prestazioni di rimborso delle spese sostenute, qualora lo stesso abbia presentato anche a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Il pagamento dell'Indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 41 - Rinuncia al diritto di surrogazione
Qualora l'Infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi, l'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del Sinistro.

Art. 42 - Arbitrato
Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalidità permanente da Infortunio nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per Parte, i quali si riuniscono nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o quello a lui preferito.
Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale. Se una Parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta ad istanza della Parte più diligente dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino all'Assicurato).
È data facoltà al Collegio medico 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 concedere una provvisionale sull'Indennizzo.
Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato, quelle del terzo medico sono ripartite a metà.
Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex Art. 5 D. Lgs 28/2010 avanti ad organismo di mediazione abilitato.

SEZIONE V – RIMBORSO COSTI (operante solo per Combinazione n.2 e n. 3)

Art. 43 - Oggetto dell'Assicurazione
In caso di Infortunio in garanzia ai sensi della Sezione IV, l'Assicuratore riconosce all'Assicurato il rimborso dei costi, a se stesso riferiti, anticipati e non rimborsati, per la mancata fruizione, totale o parziale, di:

a) skipass;
b) lezioni di sci non usufruite;
c) noleggio attrezzatura sportiva.

Art. 44 - Massimale
L'Assicuratore rimborsa fino ad un massimo di €300,00, quale massima esposizione complessiva anche in caso di cumulo delle tipologie di garanzia di cui all'art.43.

Art. 45 - Esclusioni
La garanzia:

- **non è operante se l'Infortunio non è indennizzabile ai sensi della Sezione IV;**
- **se la mancata fruizione di quanto indicato all'art. 43 dipende da cause, soggettive o oggettive, diverse da un Infortunio (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Malattia, impedimento del fornitore);**
- **non comprende le spese rimborsate dal fornitore (maestro di sci, noleggiatore dell'attrezzatura sportiva).**

Art. 46 - Franchigia
L'Indennizzo è riconosciuto al netto dell'applicazione di una Franchigia per Sinistro di € 30,00.

Art. 47 - Cosa fare in caso di Sinistro
In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.
La denuncia del Sinistro deve essere inviata all'Assicuratore e deve essere corredata di documentazione fiscale delle spese sostenute.
La denuncia di Sinistro potrà essere inviata con una delle seguenti modalità:

- **per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA – Italia;**
- **per e-mail: claims@netinsurance.it**

Art. 48 - Pagamento dell'Indennizzo
Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta 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.

Informazioni ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 e relativo consenso

La Compagnia **Net Insurance S.p.A** (più avanti, anche l'"Assicuratore") con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il "Regolamento"), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende le presenti informazioni.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia **Net Insurance S.p.A.**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati dalla Compagnia, a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con il Titolare (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.

Può accadere, inoltre, che nel corso della durata del/dei contratto/i che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito (di seguito anche "**il/i Contratto/i**) al fine dell'esecuzione di specifiche operazioni, venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

Net Insurance tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Compagnia (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartire da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui la Compagnia è soggetta;
- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Compagnia. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Compagnia alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Compagnia per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza della Compagnia non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

Inoltre, la Compagnia tratterà i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Compagnia, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi interessi. Il conferimento dei dati per tali finalità è del tutto facoltativo e la decisione di non concedere tali consensi non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Compagnia, precludendole solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica di questi trattamenti si individua nel Suo consenso espresso.

4) Modalità del trattamento dei dati

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

a. è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
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 altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

5) Destinatari dei dati

a. I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 3 - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria per legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
b. Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 3, a Compagnie del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate) ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
c. I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.,), banche e organismi associativi e consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere della Compagnia.

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Compagnia.

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, la Compagnia si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

L'*Assicuratore*, fatta salva la gestione di eventuale contenzioso e la vigente normativa fiscale e tributaria, è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

7) Diritti dell'Interessato

7.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto;

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.
Responsabile Protezione Dati
Via Giuseppe Antonio Guattani, 4
00161 Roma
ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it
ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

7.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: il Garante per la protezione nelle seguenti modalità:

a. raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia,11 - 00187 Roma
b. messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it