

PASSA E VAI

CONTRATTO
DI ASSICURAZIONE DANNI



Net Insurance S.p.A.

POLIZZA INFORTUNI

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Mod. NET/0031/1 - Ed. 04.2012

NOTA INFORMATIVA E GLOSSARIO

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

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

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

1. Informazioni generali

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

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

Numero REA: RM - 948019

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

Sede Legale e Direzione Generale in Italia, Via dei Giuochi Istmici n. 40 - 00135 Roma

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

Sito Internet: www.netinsurance.it

Indirizzo e-mail: info@netinsurance.it

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,
- n. 2444 del 10/7/2006, G.U. del 17/07/2006, n. 164.

Iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00136

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

Patrimonio Netto Euro 29,218

Capitale Sociale Euro 5,842

Riserve Patrimoniali Euro 23,376

Indice di solvibilità della Gestione Danni 3,15 (rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente)

*I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato.

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

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

AVVERTENZA:

La disdetta dell'Assicurazione deve essere spedita mediante lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della Scadenza dell'Assicurazione, in difetto quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente, come indicato all'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La Polizza "Passa e vai" presta copertura assicurativa contro gli Infortuni che l'Assicurato subisca per gli eventi connessi al traffico ed alla circolazione in relazione alla Formula di Copertura scelta, indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza.

È possibile attivare una o più delle seguenti Formule di Copertura della Sezione INFORTUNI:

- La Formula Individuale, per gli Infortuni subiti dal Contraente quale Assicurato. Per maggiori dettagli, si rinvia all'art. 20 lettera A) delle Condizioni di Assicurazione;
- La Formula Famiglia, per gli Infortuni subiti dal Contraente e dai componenti del suo Nucleo Familiare risultanti dallo "stato di famiglia", al momento del Sinistro. Per maggiori dettagli, si rinvia all'art. 20 lettera B) delle Condizioni di Assicurazione;
- La Formula Autovettura, per gli Infortuni che il conducente subisca alla guida dell'autovettura indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza. Per maggiori dettagli, si rinvia all'art. 20 lettera C) delle Condizioni di Assicurazione.

È possibile attivare una o più delle seguenti garanzie:

- la garanzia Morte in caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad un Infortunio, attivabile per tutte le Formule di Copertura, riconosce ai Beneficiari la somma assicurata stabilita nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 25 e 26 delle Condizioni di Assicurazione;
- la garanzia Invalidità Permanente, attivabile per tutte le Formule di Copertura, comporta il pagamento di un Indennizzo calcolato, come da previsioni contrattuali, in base alla somma assicurata ed al grado di Invalidità Permanente accertata al verificarsi di un Infortunio. Per le Invalidità più gravi è prevista una sopravvalutazione del danno subito. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 27 al 30 delle Condizioni di Assicurazione;
- la garanzia Rimborso Spese Sanitarie, attivabile esclusivamente per la Formula Individuale, al verificarsi di un Infortunio, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in conseguenza dell'Infortunio stesso. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 31 delle Condizioni di Assicurazione.

Sono inoltre previste in Polizza alcune estensioni di garanzia sempre operanti a seguito di determinati Infortuni che subisca l'Assicurato, quali, Esonero Premio, Danni estetici, Perdita Anno Scolastico, Ernie traumatiche. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 32 al 35 delle Condizioni di Assicurazione.

Si raccomanda pertanto di leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- All'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le persone non assicurabili indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute;
- all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione è indicato che l'omessa comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso Rischio può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.

SEZIONE INFORTUNI

- All'Art. 20 lettera A) delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti di copertura della Formula Individuale;
- all'Art. 20 lettera B) delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti di copertura della Formula Famiglia;
- all'Art. 20 lettera C) delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti di copertura della Formula Autovettura;
- all'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i casi di esclusione della garanzia assicurativa e gli eventi che non sono considerati Infortunio, e quindi non sono indennizzabili;
- all'art. 23 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite Aggregato di Indennizzo nel caso di un Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con Net Insurance S.p.A.;
- all'art. 24 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite Aggregato di Indennizzo nel caso di un medesimo Sinistro dovuto a movimenti tellurici, alluvioni o inondazioni che colpisca più Assicurati con Net Insurance S.p.A.;
- all'art. 30 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i Limiti di Indennizzo per Lesioni Tendinee;
- all'art. 31 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti della garanzia Rimborso Spese Sanitarie;
- all'art. 33 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite di Indennizzo per la garanzia Danni Estetici;
- all'art. 35 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite di Indennizzo per la garanzia Ernie traumatiche;
- all'art. 36 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati gli obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro Infortuni.

AVVERTENZA:

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

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 9, 20, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

Esempio Franchigia sulla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

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

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

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

Esempio Scoperto sulla garanzia Rimborso Spese Sanitarie.

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

Somma assicurata: 5.000,00					
Importo spese sostenute dall'Assicurato	Limite di Indennizzo	Importo delle spese indennizzabile	Percentuale Scoperto sull'importo indennizzabile	Importo Scoperto	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore
€ 2.500,00	€ 5.000,00	€ 2.500,00	25%	€ 625,00	€ 1.875,00
€ 5.000,00	€ 5.000,00	€ 5.000,00	25%	€ 1.250,00	€ 3.750,00
€ 7.500,00	€ 5.000,00	€ 5.000,00	25%	€ 1.250,00	€ 3.750,00

AVVERTENZA:

Come indicato all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, il limite massimo di età assicurabile non deve essere superiore a 74 anni.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio – Nullità

AVVERTENZA:

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

AVVERTENZA:

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

- ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave, come indicato all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurazione è nulla se l'Assicurato è affetto dalle patologie indicate all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, ed in ogni caso cessa con il loro manifestarsi.

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni nella professione

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

Costituisce circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio, il mutamento dello stato di salute dell'Assicurato tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

6. Premi

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

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

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa di assicurazione oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

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

AVVERTENZA:

La Polizza "Passa e vai" prevede che l'Assicuratore o l'Intermediario non possono applicare sconti di Premio.

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate, i Limiti di Indennizzo ed il Premio non sono soggetti ad adeguamento.

8. Rivalse

AVVERTENZA:

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

Tuttavia all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di surrogazione.

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

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

La presente Assicurazione prevede il diritto di recesso a seguito di Sinistro per il Contraente e per l'Assicuratore, come indicato all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legge applicabile al contratto

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

12. Regime fiscale

Tutte le imposte, presenti e future, inerenti all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente. Allo stato della normativa, il Premio assicurativo imponibile è soggetto ad imposta del 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA:

La Polizza "Passa e vai" prevede specifici adempimenti che il Contraente/Assicurato deve osservare in caso di Sinistro.

SEZIONE INFORTUNI

All'art. 36 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le modalità di individuazione del momento di insorgenza del Sinistro, le modalità ed i termini per la denuncia del Sinistro, le ipotesi in cui è richiesta la visita medica.

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

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

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

All'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le procedure di pagamento dell'Indennizzo.

14. Reclami

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

Net Insurance S.p.A.

Ufficio Reclami

Via dei Giuochi Istmici, 40 - 00135 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, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 800486661, fax 06.42133745 - 06.42133353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Devono essere inoltrati direttamente all'ISVAP:

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

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito internet : http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

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

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, come regolato dall'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.

15. Arbitrato

AVVERTENZA:

Pur in presenza dell'arbitrato come indicato all'art. 39 delle Condizioni di Assicurazione, per la risoluzione di eventuali controversie è in ogni caso possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 avanti ad organismo di mediazione abilitato, come regolato dall'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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



GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Anno Assicurativo

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

Appendice

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

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A.

Assicurazione

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

Beneficiario

Il soggetto a cui spetta l'Indennizzo.

Contraente

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

Fascicolo Informativo

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

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

Franchigia

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

Indennizzo

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

Infortunio

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

Intermediario

Soggetto che, ai sensi del Regolamento ISVAP n. 5/2006, esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di Assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

Istituto di Cura

L'ospedale pubblico o privato, la clinica universitaria o la casa di cura regolarmente autorizzati all'erogazione

dell'assistenza ospedaliera, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche o estetiche.

ISVAP

L'acronimo di "Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo", ossia l'organo di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attività di assicurazione. L'ISVAP ha sede in Roma, Via del Quirinale, 21 – tel. 06 421331 – fax 06.42133206.

Limite Aggregato di Indennizzo

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

Limite di Indennizzo

La somma massima dovuta dall'Assicuratore per ogni singolo Sinistro e per Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Nota Informativa

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

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone fisiche facenti parte dello stato di famiglia anagrafico del Contraente alla data del Sinistro.

Periodo di Durata dell'Assicurazione

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

Polizza

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

Premio

L'importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione

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

Proposta di Assicurazione

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

Ricovero

La degenza in Istituto di Cura che comporta pernottamento.

Rischio

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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Scoperto

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

Sinistro

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

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 27/04/2012.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Art. 2 - Aggravamento e diminuzione del Rischio

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

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

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

Art. 3 - Persone non assicurabili - cessazione dell'Assicurazione

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

Art. 4 - Limite di età

FORMA DI COPERTURA NOMINATIVA (Art. 20 lettera A)

Non sono assicurabili le persone che al momento della decorrenza dell'Assicurazione abbiano un'età superiore a 74 anni. Il raggiungimento del suddetto limite di età durante il Periodo di Durata dell'Assicurazione non comporta invece la cessazione della stessa.

FORMA DI COPERTURA NON NOMINATIVA (Art. 20 lettere B)

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per gli Assicurati che al momento del Sinistro hanno un'età compresa tra 5 e 74 anni.

FORMA DI COPERTURA NON NOMINATIVA (Art. 20 lettera C)

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per gli Assicurati che al momento del Sinistro hanno un'età compresa tra 18 e 74 anni.

Art. 5 - Altre assicurazioni

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

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

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

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

Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi. La presente Assicurazione è prestata indipendentemente e in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli Infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti.

Art. 6 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 7 - Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

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

Il Premio deve essere pagato all'Intermediario al quale è assegnata la gestione del contratto di Assicurazione oppure all'Assicuratore ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, esclusa comunque la copertura di eventuali Sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione assicurativa.

Art. 8 - Durata dell'Assicurazione - Proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha durata annuale.

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

Art. 9 - Somme assicurate

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

Art. 10 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente e l'Assicuratore possono recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione all'altra parte, nelle forme indicate all'Art. 16.

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

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

Art. 11 - Pagamento dell'Indennizzo

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

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

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

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia ed in Euro.

Art. 12 - Prescrizione

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

Art. 13 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 14 - Modifiche dell' Assicurazione

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

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

Art. 15 - 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. 16 - Forme delle comunicazioni

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

Art. 17 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le controversie relative alla Polizza 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 abilitato. Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 18 - Rinvio alle norme di legge, legge applicabile al contratto

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

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

SEZIONE INFORTUNI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 19 - Condizioni di operatività dell'Assicurazione

L'Assicurazione viene prestata per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nelle circostanze indicate nella Formula di Copertura di cui al successivo Art. 20.

La copertura è valida in tutto il mondo.

Art. 20 - Formule di Copertura

Il Contraente può scegliere una tra le seguenti Formule di Copertura, che verrà richiamata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza:

A) - "Formula Individuale"

FORMA NOMINATIVA

L'Assicurazione viene prestata esclusivamente per gli Infortuni che il Contraente quale Assicurato, subisca in qualità di:

1. conducente, non a titolo professionale, di autovetture, autoveicoli di peso a pieno carico fino a 35 q.li, motoveicoli, ciclomotori e natanti, purché abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Sono compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante le operazioni rese necessarie in caso di fermata, per la ripresa della marcia;
2. trasportato su veicoli privati adibiti a trasporto di persone;
3. passeggero su mezzi destinati alla pubblica locomozione, in conseguenza di fatti connessi alla circolazione o alla navigazione;
4. ciclista o pedone, in conseguenza di investimento da parte di veicolo a motore.

B) - "Formula Famiglia "

FORMA NON NOMINATIVA

L'Assicurazione viene prestata esclusivamente per gli Infortuni subiti dal Contraente e dai componenti del suo Nucleo Familiare risultanti dallo stato di famiglia al momento del Sinistro, in qualità di:

1. conducente, non a titolo professionale, di autovetture, autoveicoli di peso a pieno carico fino a 35 q.li, motoveicoli, ciclomotori e natanti, purché abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Sono compresi in garanzia gli Infortuni occorsi durante le operazioni rese necessarie in caso di fermata, per la ripresa della marcia;
2. trasportato su veicoli privati adibiti a trasporto di persone;
3. passeggero su mezzi destinati alla pubblica locomozione, in conseguenza di fatti connessi alla circolazione o alla navigazione;
4. ciclista o pedone, in conseguenza di investimento da parte di veicolo a motore.

Le somme assicurate per ciascuna persona si determinano suddividendo le somme indicate nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza per il numero delle persone, compreso il Contraente, facenti parte del Nucleo Familiare al momento del Sinistro.

Al fine di determinare le somme assicurate pro capite non vengono prese in considerazione persone di età inferiore a 5 anni o superiore a 74 anni in quanto non assicurate, come indicato al precedente Art. 4.

Limitatamente alle persone di età compresa tra i 5 ed i 14 anni, la garanzia assicurativa è limitata ai casi di Morte e di Invalidità Permanente per somme pari alla metà di quelle risultanti dalla suddivisione di cui sopra, con il limite massimo di 26.000,00 per Morte ed 26.000,00 per Invalidità Permanente. La restante somma assicurata viene suddivisa tra le persone di età compresa tra 15 e 74 anni.

Le Franchigie previste all'Art. 28 delle Condizioni di Assicurazione per l'Invalidità Permanente da Infortunio si applicano sulle somme assicurate per ciascuna persona, determinate secondo i criteri di cui sopra.

C) - "Formula autovettura"

FORMA NON NOMINATIVA

L'Assicurazione viene prestata esclusivamente per gli Infortuni che il conducente subisca alla guida dell'autovettura indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza, nonché durante le operazioni rese necessarie, in caso di fermata dell'autovettura, per la ripresa della marcia, purché detto guidatore sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore.

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

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

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

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

Art. 22 - Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono esclusi dalla garanzia assicurativa gli Infortuni derivanti:

- a. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a titolo professionale;
- b. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o se in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia al momento del Sinistro, i requisiti atti a ottenere il rinnovo;
- c. all'Assicurato in qualità di trasportato o passeggero su qualsiasi veicolo o natante, se il trasporto non è effettuato in conformità alle disposizioni vigenti ed alle indicazioni della Carta di Circolazione;
- d. all'Assicurato in qualità di conducente e/o trasportato di motoveicoli e ciclomotori, se l'Assicurato non indossa il casco al momento del Sinistro;
- e. da guerra, insurrezioni, tumulti popolari, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, tsunami ed alluvioni;
- f. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- g. da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- h. 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);
- i. da conseguenze delle infezioni che non abbiano causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'Art. 21, lettera g);
- j. da conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da Infortunio;
- k. dall'uso, in qualità di pilota o di membro dell'equipaggio, di mezzi subacquei o aerei;
- l. dalla pratica di sport aerei in genere;
- l. 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;
- rotture sottocutanee dei tendini, fatto salvo quanto stabilito dall'Art. 30;
- le ernie, di qualsiasi tipo o localizzazione, fatto salvo quanto stabilito dall'Art. 35.

Art. 23 - Rischio volo

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

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

Resta convenuto che in caso di Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con l'Assicuratore, il Limite Aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 1.550.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento. Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dall'Assicuratore per il medesimo Sinistro aereo eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.

Art. 24 - Infortuni determinati da calamità naturali

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

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

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

GARANZIA MORTE

VALIDA PER TUTTE LE FORMULE DI COPERTURA DI CUI ALL'ART. 20

Art.25 - Garanzia Morte

Se l'Infortunio ha per conseguenza la Morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla Scadenza dell'Assicurazione - entro due anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida la somma assicurata. L'Indennizzo viene liquidato agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato, in qualità di Beneficiari.

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. 26 - Morte presunta

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

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

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

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

VALIDA PER TUTTE LE FORMULE DI COPERTURA DI CUI ALL'ART. 20

Art. 27 - Garanzia Invalidità Permanente

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

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

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

- per Invalidità Permanente non determinabile sulla base dei valori indicati nella tabella sotto illustrata secondo i criteri sopra riportati, l'Invalidità viene determinata tenendo conto della diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione effettivamente esercitata al momento del Sinistro.

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

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

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

TABELLE GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	PERCENTUALE
Perdita anatomica o funzionale di:	
un braccio	70%
una mano od avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange ungueale del pollice	9%
una falange ungueale dell'indice	7%
una falange ungueale del medio o anulare	5%
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%
Paralisi completa del nervo:	
sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%

TABELLE GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE	PERCENTUALE
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12ma dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
di un metamero sacrale	3%
di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%
del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
del legamento crociato anteriore del ginocchio	9%
Postumi di trauma distorsivo cervicale:	
con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita totale anatomica o funzionale di	
un occhio	30%
ambidue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
un orecchio	15%
ambidue le orecchie	50%
Stenosi nasale assoluta:	
monolaterale	4%
bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
un rene con integrità del rene superstite	25%
della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art. 28 - Franchigia per Invalidità Permanente

A parziale deroga dell'Art. 27, la liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente viene effettuata applicando alla somma assicurata la tabella di seguito indicata:

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

Art. 29 - Bonus fedeltà in assenza di Sinistri

Alla fine del terzo Anno Assicurativo, a condizione che a tale scadenza non risulti denunciato in Polizza alcun Sinistro, la tabella di liquidazione della garanzia Invalidità Permanente di cui al precedente Art. 28, verrà modificata a favore di ciascun Assicurato come segue:

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

Art. 30 - Lesioni Tendinee

A parziale deroga dell'art. 22, l'Assicuratore liquiderà un grado di Invalidità Permanente pari al 3%, senza applicazione delle Franchigie eventualmente previste all'Art. 28, a seguito di rottura sottocutanea di:

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

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

GARANZIA RIMBORSO SPESE SANITARIE

VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER LA FORMULA DI COPERTURA INDIVIDUALE DI CUI ALL'ART. 20 COMMA A)

Art. 31 - Garanzia Rimborso Spese Sanitarie

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

durante il Ricovero in Istituto di Cura per:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I rimborsi vengono effettuati in Italia ed in euro, a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale. Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

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

ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI VALIDE PER TUTTE LE FORMULE DI COPERTURA DI CUI ALL'ART. 20

Art. 32 - Esonero Premio

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

Art. 33 - Danni Estetici

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

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

Art. 34 - Perdita Anno Scolastico

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

Art. 35 - Ernie traumatiche

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

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

I SINISTRI

Art. 36 - Denuncia del Sinistro ed obblighi relativi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 37 - Criteri di indennizzabilità

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali, di cui alle tabelle indicate all'Art. 27, sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Art. 38 - Anticipo dell'Indennizzo

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

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

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

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

Art. 39 - Controversie

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

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

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

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

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

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

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

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 27/04/2012.



FAC - SIMILE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE (Mod.NET/0031/2 – Ed.04.2012)

Decorrenza contratto ____ / ____ / ____ Scadenza contratto ____ / ____ / ____

Rateazione pagamento: annuale semestrale

PREMIO ALLA FIRMA NETTO

IMPOSTE

PREMIO ALLA FIRMA LORDO

€ _____

€ _____

€ _____

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome _____

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

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

e-mail _____ cell. _____

FORMULA DI COPERTURA SCELTA

- A - FORMULA INDIVIDUALE Assicurato: Contraente
 B - FORMULA FAMIGLIA Assicurati: Contraente e proprio Nucleo Familiare
 C - FORMULA AUTOVETTURA Assicurato: Conducente dell'autovettura targata

GARANZIE

SOMME ASSICURATE

PREMIO ANNUO NETTO IMPOSTE

SEZIONE INFORTUNI - Morte _____

SEZIONE INFORTUNI - Invalidità Permanente _____

SEZIONE INFORTUNI - Rimborso Spese Sanitarie _____

I Beneficiari per il caso di Morte da Infortunio sono gli Eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto, Contraente sopra indicato:

- chiede a NET INSURANCE S.p.A. - e previo consenso di questa - di stipulare quale Contraente in nome proprio ed in nome e per conto delle persone Assicurate, il contratto di assicurazione "Passa e vai" in conformità alle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo di cui al Mod. NET/0031/1 – Ed 04.2012.
- **dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo predisposto da Net Insurance S.p.A. (Mod. NET/0031/1 – Ed 04.2012), contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac – Simile della Proposta di Assicurazione;**
- dichiara di avere preso visione del Fascicolo Informativo (Mod. NET/0031/1 – Ed 04.2012) e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete.

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

Il Contraente _____

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nel Mod. NET/0031/1 – Ed.04.2012:

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio; Art. 2 - Aggravamento e diminuzione del Rischio; Art. 3 - Persone non assicurabili - cessazione dell'Assicurazione; Art. 4 - Limite di età; Art. 5 - Altre assicurazioni; Art. 8 - Durata dell'Assicurazione - Proroga dell'Assicurazione; Art. 10 - Recesso in caso di Sinistro; Art. 12 - Prescrizione; Art. 20 - Formule di Copertura; Art. 22 - Rischi esclusi dall'Assicurazione; Art.36 - Denuncia del Sinistro Infortuni ed obblighi relativi; Art. 37 - Criteri di indennizzabilità; Art. 39 - Controversie.

Il Contraente _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa di assicurazione oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

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

Inoltre il sottoscritto, per il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali per le finalità funzionali (ivi comprese le attività di marketing) di cui alla "Nota Informativa" (Mod. NET/Nota_Privacy) :

DÀ IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO

Il Contraente _____

Confermo di aver identificato personalmente il Contraente, firmatario della presente Proposta di Assicurazione.

Attesto che sul presente modulo firmato dal Contraente, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

Data di sottoscrizione ____ / ____ / ____

Firma dell'Intermediario _____

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 27/04/2012.



Net Insurance S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale

Via dei Giuochi Istmici, 40 - 00135 Roma - Tel. 06 36724.1 / Fax 06 36724.800

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

Capitale Sociale 6.145.000 i.v.

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

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni

di cui ai Provvedimenti ISVAP n. 1756 del 18.12.2000 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

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

La Società è Capogruppo del Gruppo Assicurativo Net Insurance





Net Insurance S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale

Via dei Giuochi Istmici, 40 - 00135 Roma

Tel. +39 06 36724.1 - Fax +39 06 36724.800

www.netinsurance.it

info@netinsurance.it

Aggiornamento Fascicolo Informativo del 01 settembre 2013

Informativa “home insurance”

Si informa la clientela che, dal 31 ottobre 2013, sul sito www.netinsurance.it, sarà attiva un'area riservata consultabile attraverso il link: “Consultazione home insurance” che consentirà - previo rilascio da parte della Compagnia delle credenziali personali di accesso, da richiedere nelle modalità che saranno rese note nel sito stesso - di consultare la posizione di Polizza secondo le indicazioni del Provvedimento IVASS n.7/2013.

Net Insurance S.p.A.



Capitale Sociale € 6.145.000 i.v.

n. di RFA RM 948019

Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma

C.F. e P.I. n. 06130881003

La Società è Capogruppo del Gruppo

Assicurativo Net Insurance

Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi ISVAP n. 23

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
Iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00136