



Net Insurance S.p.A.



Contratto di Assicurazione Multirischi

“UTENZE AL SICURO”

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

NOTA INFORMATIVA e GLOSSARIO

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 18/11/2011.

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 31,000

Capitale Sociale Euro 5,750

Riserve Patrimoniali Euro 25,250

Indice di solvibilità della Gestione Danni 3,09 (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 dell'Assicurato 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 qui descritta è un'Assicurazione a Premio annuo con tacito rinnovo, studiata per coloro che sono titolari di una o più utenze tra quelle indicate all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione.

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

"Avvertenza"

La disdetta della Polizza 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. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il Contratto di Assicurazione prevede due distinte garanzie:

- a) la copertura Perdita di Occupazione, regolamentata dagli articoli dal 21 al 25 del Settore - 1 delle Condizioni di Assicurazione, valida solo per gli Assicurati appartenenti alla Tipologia "A" (secondo i termini indicati nel Glossario);

- b) la copertura Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, regolamentata dagli articoli dal 26 al 37 del Settore -2 delle Condizioni di Assicurazione, valida solo per gli Assicurati appartenenti alla Tipologia “B” (secondo i termini indicati nel Glossario).

Si raccomanda pertanto all'Assicurando di leggere attentamente il Glossario e le Condizioni di Assicurazione.

“Avvertenza”

L'Assicurazione 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 COMUNI A TUTTI I SETTORI

- Le coperture assicurative offerte, sono prestate esclusivamente in riferimento alle condizioni di operatività descritte all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione;
- all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione è indicato che spetta al Contraente di recare, al momento del Sinistro, lo status di appartenenza alla Tipologia “A” o “B” di Assicurato onde ottenere il corrispondente diritto all'Indennizzo;
- all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i limiti territoriali dell'Assicurazione.

SETTORE – 1 PERDITA DI OCCUPAZIONE

- All'art. 23 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati gli eventi non considerati Perdita di Occupazione e quindi non in garanzia;
- all'art. 24 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i casi di esclusione della garanzia assicurativa;
- all'art. 25 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati gli obblighi del Contraente in caso di Sinistro; l'inosservanza di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

SETTORE – 2 INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA O INFORTUNIO

- All'art. 33 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i casi di esclusione della garanzia assicurativa e gli eventi che non sono considerati Malattia o Infortunio, e quindi non sono indennizzabili;
- all'art. 34 sono indicate le persone non assicurabili indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute;
- all'art. 35 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati gli obblighi del Contraente in caso di Sinistro; l'inosservanza di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

“Avvertenza”

All'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i Periodi di Franchigia di ciascuna garanzia.

All'art. 22 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite di Indennizzo della garanzia Perdita di Occupazione.

All'art. 27 delle Condizioni di Assicurazione è indicato il Limite di indennizzo della garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia.

“Avvertenza”

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione dell'Assicurazione, deve essere compresa tra 18 e 65 anni, come indicato all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio di Indennizzo da Perdita di Occupazione per Assicurato appartenente alla Tipologia “A”
Periodo di Franchigia 30 giorni.

Data accadimento sinistro : 01.01.2012		
Limite di Indennizzo : € 2.000,00		
Data certificazione dello Stato di Disoccupazione	Spese in scadenza entro i 30 giorni successivi alla data di	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore

	certificazione dello Stato di Disoccupazione	
25.01.2012	€ 500,00	€ 0,00
25.02.2012	€ 500,00	€ 500,00

Esempio di Indennizzo da Inabilità Temporanea Totale da Infortunio per Assicurato appartenente alla Tipologia "B"
Periodo di Franchigia 30 giorni

Data accadimento sinistro : 01.01.2012		
Limite di Indennizzo : € 2.000,00		
Termine Inabilità Temporanea Totale da Infortunio	Spese in scadenza entro i 30 giorni successivi alla data di termine dell'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore
25.01.2012	€ 500,00	€ 0,00
25.02.2012	€ 500,00	€ 500,00

Esempio di Indennizzo da Inabilità Temporanea Totale da Malattia per Assicurato appartenente alla Tipologia "B"
Periodo di Franchigia 60 giorni

Data accadimento sinistro : 01.01.2012		
Limite di Indennizzo : € 2.000,00		
Termine Inabilità Temporanea Totale da Malattia	Spese in scadenza entro i 30 giorni successivi alla data di termine dell'Inabilità Temporanea Totale da Malattia	Indennizzo liquidato dall'Assicuratore
25.02.2012	€ 750,00	€ 0,00
25.03.2012	€ 750,00	€ 750,00

4. Periodi di carenza contrattuali

"Avvertenza"

All'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione sono indicati i Periodi di Carenza presenti nell'Assicurazione, ovvero il periodo temporale - immediatamente successivo alla data di effetto dell'Assicurazione - durante il quale la garanzia non è operante.

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

"Avvertenza"

L'assunzione del Rischio avviene sulla base dei dati forniti dal Contraente 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, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze indicate all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

"Avvertenza"

E' necessario che il Contraente risponda in maniera precisa e veritiera alle domande sui dati relativi allo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute e, laddove prodotto, del Rapporto del Medico, è necessario quindi verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate.

"Avvertenza"

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

- ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave, come indicato all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione;

- *L'Assicurazione è nulla se l'Assicurato è affetto dalle Malattie indicate all'art. 34 delle Condizioni di Assicurazione, ed in ogni caso cessa con il loro manifestarsi.*

6. Aggravamento e diminuzione del Rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e diminuzione del Rischio. La mancata comunicazione può comportare le conseguenze indicate all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

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

7. Premi

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo il cui importo è indicato nel Certificato di Polizza consegnato 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 presente Assicurazione prevede che l'Assicuratore o l'Intermediario non possono applicare sconti di Premio.

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

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

9. Rivalse

“Avvertenza”

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

Tuttavia all'art. 16 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 il Contraente dopo essere stato indennizzato dall'Assicuratore, può rivalersi nei confronti dei responsabili, qualora esistenti, del Sinistro verificato.

10. Diritto di recesso

“Avvertenza”

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

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

12. Legge applicabile al contratto

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

13. Regime fiscale

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

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

Allo stato della normativa, il Premio assicurativo imponibile è soggetto ad imposta del 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

“Avvertenza”

La presente Assicurazione prevede specifici adempimenti che il Contraente deve osservare in caso di Sinistro.

SINISTRO DA PERDITA DI OCCUPAZIONE

All'art. 25 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le modalità ed i termini per la denuncia del Sinistro, mentre all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le procedure di pagamento dell'Indennizzo.

SINISTRO DA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

All'art. 35 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.

La certificazione attestante l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia deve essere rilasciata da struttura ospedaliera pubblica o privata, o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato, con esclusione della documentazione prodotta dal medico di base.

Si rammenta che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico del Contraente, 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 dell'Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia denunciata.

L'accertamento dell'Infortunio o della Malattia viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 180 giorni dalla ricezione della denuncia.

Agli articoli 13 e 37 delle Condizioni di Assicurazione sono indicate le procedure di pagamento dell'Indennizzo.

15. 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 Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42133000, 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/finservices-retail/finnet/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

- indicare nome, cognome, indirizzo del reclamante con eventuale recapito telefonico;
- indicare il soggetto o i soggetti di cui si lamenta l'operato;

- descrivere sinteticamente i motivi della lamentela;
- allegare copia del reclamo presentato all'Assicuratore e copia dell'eventuale riscontro fornito da questo;
- allegare ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

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. 19 delle Condizioni di Assicurazione.

16. Arbitrato

“Avvertenza”

Pur in presenza dell'arbitrato come indicato all'art. 36 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. 19 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:

Altro Lavoratore

La persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente. A titolo esemplificativo e non esaustivo:

- i lavoratori dipendenti di Ditte Individuali
- i lavoratori dipendenti di società di persone (S.s., S.n.c. o S.a.s.)

Rientrano comunque nella categoria di Altro Lavoratore, le figure previste dai seguenti contratti di lavoro:

- contratto di lavoro stipulato con società di “fornitura di prestazione di lavoro temporaneo” ai sensi della L. 24.6.1997 n. 196 e successive modifiche;
- contratto di lavoro stipulato con società di “somministrazione di lavoro” ai sensi dell’art. 20 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n.276 e successive modifiche;
- contratto di lavoro “intermittente” di cui all’art. 33 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n.276 e successive modifiche;
- contratto di lavoro “ripartito” di cui all’art. 41 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n.276 e successive modifiche;
- contratto di lavoro temporaneo o stagionale;
- contratto di lavoro a tempo determinato;
- contratto di lavoro a progetto di cui all’art. 61 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n.276 e successive modifiche;
- qualsiasi fattispecie di lavoro autonomo, ancorché caratterizzato da collaborazione coordinata e continuativa;
- contratto di collaborazione occasionale;
- prestazione di lavoro accessoria di cui all’art. 70 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n.276 e successive modifiche;
- contratto di formazione e lavoro, apprendistato, tirocinio, stage, inserimento;
- contratto di lavoro di cui al Titolo VI del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n.276 e successive modifiche;
- contratto di lavoro domestico.

Assicurato

Il Contraente.

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

L’Assicurato.

Centro per l’Impiego

L’Ufficio Pubblico competente all’attribuzione dello Stato di Disoccupazione ai sensi del Decreto Legislativo del 19.12.2002 n. 297 e successive modifiche.

Certificato di 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.

Contraente

La persona fisica, indicata nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza, che stipula l’Assicurazione con l’Assicuratore.

Datore di Lavoro

L’Ente Pubblico o la società di diritto privato (avente forma di S.p.A., S.a.p.A., S.r.l., S.c.r.l. / S.c.a.r.l., S.c.p.A.) presso la quale l’Assicurato figura, al momento del Sinistro, quale Lavoratore Dipendente.

Ente Pubblico

Ogni soggetto giuridico che sia parte della Pubblica Amministrazione.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, sono Enti Pubblici:

- le amministrazioni, civili e militari, dello Stato;
- le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e i loro Consorzi ed Associazioni;

- le Camere di Commercio e i loro Consorzi ed Associazioni;
- le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- gli enti pubblici non economici.

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.

Inabilità Temporanea Totale

La perdita temporanea, in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità ad attendere alle attività professionali esercitate.

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.

Insorgenza

Inizio, ancorché asintomatico, della Malattia.

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.

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.

Lavoratore Autonomo

La persona fisica che debba presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente o nella quale i redditi da lavoro autonomo siano maggiori di quelli da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli **articoli 29** (reddito agrario), **49** (redditi di lavoro autonomo), **51** (redditi di impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

Lavoratore Dipendente

La persona fisica obbligata a prestare il proprio lavoro subordinato alle dipendenze del Datore di Lavoro, (salvo che non rientri nella qualifica di Lavoratore Autonomo o Altro Lavoratore) così come inteso nel Glossario, in base a regolare contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato della durata minima di 16 ore settimanali. E' parificato al Lavoratore Dipendente, il lavoratore socio di cooperativa di cui all'art. 47, comma 1, lett. a) del D.P.R. 22.12.1986, n. 917.

Limite di Indennizzo

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

Malattia

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

Malattie/Condizioni Menomative Coesistenti

Malattie od Invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sull'Invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organico funzionali diversi.

Malattie/Condizioni Menomative Concorrenti

Malattie od Invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sull'Invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso organo funzionale.

Manifestazione

Sintomatologia oggettiva della Malattia.

Non Lavoratore

La persona fisica che non rientri nella definizione della Tipologia “A” di Assicurato e che comunque non sia Altro Lavoratore o Lavoratore Autonomo.

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.

Perdita di Occupazione

La risoluzione definitiva del contratto di lavoro a tempo indeterminato in corso tra l’Assicurato ed il relativo Datore di Lavoro derivante da recesso di quest’ultimo, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell’Assicurazione.

Periodo di Carenza

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

Periodo di Franchigia

Il periodo di tempo durante il quale l’Assicurato non ha diritto ad alcun Indennizzo.

Periodo di Durata dell’Assicurazione

Il periodo annuale di durata del contratto di assicurazione indicato nella Proposta di Assicurazione e nel Certificato di Polizza.

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.

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.

Sinistro

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

Stato di Disoccupazione

Status conseguente alla Perdita di Occupazione per licenziamento attribuito all’Assicurato dal competente “Centro per l’Impiego” secondo i criteri di cui al Decreto Legislativo del 19.12.2002 n. 297 e successive modifiche.

Tipologia “A” di Assicurato

L’Assicurato che, al momento del Sinistro, percepisce un reddito da Lavoratore Dipendente, così come inteso nel Glossario, derivante da contratto di lavoro a tempo indeterminato.

Tipologia “B” di Assicurato

L’Assicurato che, al momento del Sinistro, sia Altro Lavoratore, Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 18/11/2011.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE NORME COMUNI A TUTTI I SETTORI

Art. 1 – Condizioni di operatività dell'Assicurazione

Sono oggetto delle garanzie previste nel contratto di assicurazione le spese relative ad una o più tra le seguenti utenze, intestate al Contraente e/o ad un familiare facente parte del suo Nucleo Familiare:

- utenze dell'abitazione di residenza quali gas, luce, acqua, telefono fisso,
- oneri condominiali ordinari,
- retta mensile/mensa per la scuola dell'obbligo dei figli del Contraente presso Istituti scolastici pubblici,
- tassa sui rifiuti solidi urbani relativa all'abitazione di residenza,
- canone Rai TV abitazione di residenza.

Le garanzie operano esclusivamente a condizione che le utenze di cui sopra figurino in capo al Contraente e/o ad un familiare facente parte del suo Nucleo Familiare, antecedentemente la data del Sinistro.

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione dell'Assicurazione deve essere compresa tra 18 e 65 anni.

Il contratto di assicurazione prevede due distinte garanzie:

1. la copertura Perdita di Occupazione che vale solo per l'Assicurato che appartiene alla Tipologia "A" secondo i termini indicati all'Art. 21 – "Oggetto dell'Assicurazione" e nel Glossario;
2. la copertura Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia che vale per l'Assicurato che appartiene alla Tipologia "B" secondo i termini indicati all'Art. 26 – "Oggetto dell'Assicurazione" e nel Glossario.

Si raccomanda pertanto all'Assicurando di leggere attentamente il Glossario.

Art. 2 - Modifica di status lavorativo dell'Assicurato

Nel corso del Periodo di Durata, il Contraente non deve comunicare eventuali modifiche del proprio status lavorativo.

Resta convenuto che spetta al Contraente dimostrare di recare, al momento del Sinistro, lo status di appartenenza alla:

- **Tipologia "A" di Assicurato, onde ottenere il diritto all'Indennizzo da Sinistro da Perdita di Occupazione;**
- **Tipologia "B" di Assicurato, onde ottenere il diritto all'Indennizzo da Sinistro da Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.**

Art. 3 - Modalità assuntive

L'assunzione del Rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nella Proposta di Assicurazione e nella documentazione a corredo di questa, in particolare sulla base dei dati relativi allo stato di salute forniti dall'Assicurando nella dichiarazione di buono stato di salute contenuta nella Proposta di Assicurazione, dati integrati, in particolari casi, dal Rapporto del Medico che va prodotto a spese dell'Assicurando, qualora:

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

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

Art. 4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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. 5 - Aggravamento o diminuzione del Rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento 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 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. 6 - 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 in caso di Sinistro ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 7 - Durata dell'Assicurazione – Proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha durata annuale.

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

Art. 8 – Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

Fermo il Periodo di Carenza previsto dall' Art. 9, la garanzia ha effetto dal giorno indicato nel Certificato di Polizza e nella Proposta di Assicurazione se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Art. 9 – Periodo di Franchigia - Periodo di Carenza

La presente Assicurazione prevede i seguenti Periodi di Franchigia e/o di Carenza:

1. Perdita di Occupazione

- **Il Periodo di Franchigia per la Perdita di Occupazione è di 30 giorni.**
- **Per i Sinistri conseguenti a Perdita di Occupazione viene previsto un Periodo di Carenza di 90 giorni.**
- **Nel caso in cui durante il Periodo di Durata dell'Assicurazione, l'Assicurato appartenente alla Tipologia "B" diventi appartenente alla Tipologia "A", la garanzia Perdita di Occupazione sarà operante con un Periodo di Carenza di 90 giorni dalla data di variazione dello status di appartenenza.**

2. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

- **Il Periodo di Franchigia per l'Inabilità Temporanea da Infortunio è di 30 giorni, ed il Periodo di Franchigia per l'Inabilità Temporanea da Malattia è di 60 giorni.**
- **Per i Sinistri conseguenti a Infortunio non è previsto alcun Periodo di Carenza.**
- **Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di:**
 - **30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte dopo tale data;**
 - **180 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte precedentemente a tale data e, alla data stessa, non note all'Assicurato o non manifestatesi.**

Art. 10 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale:

- riguardo alla garanzia Perdita di Occupazione, per i Sinistri relativi a contratti di lavoro regolati dalla legge italiana;
- riguardo alla garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, per i Sinistri avvenuti in tutto il mondo purché relativi a persone che abbiano residenza o domicilio in Italia.

Art. 11 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'Assicurazione dandone avviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso esercitato dall'Assicurato ha effetto dalla data di ricevimento della raccomandata. Il recesso esercitato dall'Assicuratore ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata medesima.

In tutti i casi, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, l'Assicuratore mette a disposizione del Contraente, la parte di Premio relativa al periodo per il quale il contratto non ha avuto effetto, escluse le imposte.

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

Art. 12 - Prova

E' a carico di chi richiede l'Indennizzo provare che sussistono gli elementi che valgono a costituire il suo diritto all'Indennizzo.

Art. 13 – Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento dello stesso entro giorni 30, fatto salvo quanto indicato ai successivi artt. 36 e 37.

Art. 14 - Beneficiari dell'Indennizzo

Il Beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato.

Art. 15 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art.16 - 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. 17 - 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. 18 - 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. 19 – 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.20 - 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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SETTORE - 1
PERDITA DI OCCUPAZIONE
GARANZIA OPERANTE ESCLUSIVAMENTE PER TIPOLOGIA "A" DI ASSICURATO

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

Se il Contraente figura, al momento dell'evento più avanti indicato, soggetto appartenente alla Tipologia "A" di Assicurato, si considera in garanzia il Sinistro da Perdita di Occupazione.

1. L'Assicuratore si obbliga a indennizzare l'Assicurato, qualora Lavoratore Dipendente – così come inteso nel Glossario - per le perdite pecuniarie indirettamente subite a seguito di Perdita di Occupazione.
Deve intendersi in garanzia esclusivamente la Perdita di Occupazione derivante da recesso del rapporto di lavoro dell'Assicurato esercitato dal Datore di Lavoro, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, riconducibile esclusivamente ad una delle seguenti cause:
 - licenziamento per giustificato motivo oggettivo, cioè un motivo connesso a ragioni inerenti l'attività produttiva, l'organizzazione del lavoro ed il regolare funzionamento dell'attività produttiva, in conformità alla Legge del 15.7.1966 n. 604 e successive modifiche;
 - licenziamento che segua ad una procedura di riduzione del personale, ivi inclusa la procedura di mobilità, in conformità alla normativa in materia di licenziamento collettivi;
 - licenziamento che segua a chiusura di attività o procedura concorsuale di cui al R.D. del 16.3.1942 e successive modifiche.
2. La garanzia si intende operante anche se la Perdita di Occupazione matura oltre il Periodo di Durata dell'Assicurazione purché il Datore di Lavoro abbia comunicato all'Assicurato il recesso, a carattere individuale o collettivo, nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione.
3. Si considera in garanzia il recesso esercitato dal Datore di Lavoro per i casi di assenza dal servizio dell'Assicurato per Malattia o Infortunio per una durata superiore al periodo massimo di conservazione del rapporto di lavoro.

Art. 22 – Limite di Indennizzo

In caso di Sinistro rientrante nell'oggetto dell'Assicurazione, qualora il Contraente a seguito di Perdita di Occupazione - purché comunicata nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione - sia rimasto in Stato di Disoccupazione per un periodo superiore a 30 giorni, l'Assicuratore provvederà a rimborsare all'Assicurato, le spese indicate all'art. 1 comma a) delle Condizioni di Assicurazione, in scadenza nel periodo compreso tra l'inizio dello Stato di Disoccupazione ed i 30 giorni successivi alla data di certificazione dello Stato di Disoccupazione dell'Assicurato.

L'Assicurato in alternativa al rimborso di cui sopra, ha diritto di chiedere all'Assicuratore il pagamento delle spese indicate all'art. 1 comma a) direttamente al fornitore di riferimento; in tale caso l'Assicuratore in deroga all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, si impegna ad effettuare il pagamento entro 20 giorni dalla data della richiesta dell'Assicurato, fermo quanto indicato all'art.25 delle Condizioni di Assicurazione.

La garanzia è operante per un massimo di 240 giorni di Stato di Disoccupazione successivi alla Perdita di Occupazione.

L'Assicurazione viene prestata con il Limite di Indennizzo di € 2.000,00, da intendersi quale massima esposizione complessiva dell'Assicuratore per singolo Sinistro e per l'intero Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Art. 23 - Delimitazione dell'Assicurazione

Non si considera Perdita di Occupazione e pertanto non si considerano eventi in garanzia:

- a) l'assegnazione a Cassa Integrazione Guadagni, Ordinaria o Straordinaria;
- b) il ricorso a contratti di solidarietà;
- c) l'aspettativa;
- d) la sospensione temporanea dal servizio;
- e) qualsiasi forma di congedo temporaneo;
- f) la variazione, senza soluzione di continuità o per passaggio diretto, del Datore di Lavoro, derivante da:
 - trasferimento di azienda di cui all'art. 2112 del Codice Civile;
 - cessione e/o trasferimento di ramo di azienda;
 - scissione, fusione o incorporazione di azienda;
 - trasferimento tra aziende controllanti / controllate o collegate di cui all'art. 2359 del Codice Civile;
 - cessione o subentro in appalto o sub-appalto;
 - la cessazione del rapporto di lavoro durante o alla fine del periodo di prova.

La garanzia è esclusa qualora l'Assicurato abbia rinunciato alla reintegrazione in servizio disposta da decisione giudiziale o arbitrale avverso il recesso esercitato dal Datore di Lavoro.

1. Sono esclusi dalla garanzia assicurativa i casi di risoluzione del rapporto di lavoro derivanti da:
 - a) dimissioni dell'Assicurato, comprese le dimissioni concordate e/o incentivate, con l'utilizzo o meno di ammortizzatori costituiti da: fondi aziendali, fondi di categoria, fondi pubblici;
 - b) collocamento in pensione, di vecchiaia o di anzianità, dell'Assicurato;
 - c) scioglimento di diritto, per limite di età dell'Assicurato;
 - d) decesso dell'Assicurato.
2. La garanzia assicurativa è esclusa se:
 - e) il Datore di Lavoro non rientri nelle fattispecie indicate nel Glossario sotto la voce Datore di Lavoro;
 - f) l'Assicurato non rientri nelle fattispecie indicate nel Glossario sotto la voce Lavoratore Dipendente;
 - g) la Perdita di Occupazione è avvenuta nei primi 90 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
 - h) il rapporto di lavoro del Lavoratore Dipendente non sia di tipo subordinato, a tempo indeterminato e della durata minima di 16 ore settimanali;
 - i) nei 90 giorni che precedono la decorrenza della presente Assicurazione, il Datore di Lavoro abbia avviato la "Procedura per la dichiarazione di mobilità" di cui all'art. 4 della Legge 23.7.1991 n. 223 e successive modifiche. Per data di attivazione della menzionata Procedura, deve intendersi il giorno della comunicazione di cui al comma II dell'art. 4 della citata Legge 23.7.1991 n. 223 e successive modifiche;
 - j) nei 90 giorni successivi alla decorrenza della presente Assicurazione, il Datore di Lavoro figuri:
 - a) oggetto di sentenza di fallimento di cui al Titolo II del R.D. del 16.3.1942 n. 267, d.lgs. n. 5/2006, d.lgs. 169/2007 e successive modifiche;
 - b) oggetto di sentenza di omologazione di concordato preventivo di cui al Titolo III del R.D. del 16.3.1942 n. 267, d.lgs. n. 5/2006, d.lgs. 169/2007 e successive modifiche;
 - c) oggetto di sentenza di liquidazione coatta amministrativa di cui al Titolo V del R.D. del 16.3.1942 n. 267, d.lgs. n. 5/2006, d.lgs. 169/2007 e successive modifiche;
 - d) oggetto di decreto di apertura della amministrazione straordinaria ai sensi del d.lgs. 270/99 e ss.;
 - e) in stato di amministrazione giudiziaria;
3. La garanzia assicurativa è esclusa se l'Assicurato, al momento della stipula della presente Assicurazione:
 - k) sia in status di assegnazione a Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
 - l) abbia già ricevuto dal Datore di Lavoro comunicazione di recesso dal rapporto di lavoro in corso, ancorché comportante la cessazione dello stesso in data successiva alla stipula dell'Assicurazione.
4. La garanzia assicurativa è esclusa in caso di:
 - m) contratto di lavoro stipulato con società di "fornitura di prestazione di lavoro temporaneo" ai sensi della L. 24.6.1997 n. 196;
 - n) contratto di lavoro stipulato con società di "somministrazione di lavoro" ai sensi dell'art. 20 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n. 276 e successive modifiche;
 - o) contratto di lavoro "intermittente" di cui all'art. 33 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n. 276 e successive modifiche;
 - p) contratto di lavoro "ripartito" di cui all'art. 41 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n. 276 e successive modifiche;
 - q) contratto di lavoro domestico;
 - r) contratto di lavoro a progetto di cui all'art. 61 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n. 276 e successive modifiche;
 - s) qualsiasi fattispecie di lavoro autonomo, ancorché caratterizzato da collaborazione coordinata e

continuativa;

t) contratto di collaborazione occasionale;

u) prestazione accessoria di lavoro di cui all'art. 70 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n. 276 e successive modifiche;

v) contratto di formazione e lavoro, tirocinio, stage;

w) contratto di apprendistato di cui all'art. 47 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n. 276 e successive modifiche;

x) contratto di inserimento di cui all'art. 54 e seguenti del Decreto Legislativo del 10.9.2003 n. 276 e successive modifiche.

5. La garanzia assicurativa è esclusa qualora il Datore di Lavoro abbia esercitato, nei confronti dell'Assicurato, recesso per giusta causa, ai sensi dell'Art. 2119 del Codice Civile.

Art. 25 - Denuncia di Sinistro e obblighi relativi

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

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia di Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

A tale avviso deve fare seguito la seguente documentazione:

- documentazione comprovante l'appartenenza del Contraente, al momento del Sinistro, alla Tipologia "A";
- certificato di residenza del Contraente;
- evidenza probatoria dei costi relativi alle utenze di cui all'art.1 comma a) delle Condizioni di Assicurazione, consentendo all'Assicuratore le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari presso i fornitori dei servizi;
- evidenza probatoria che il familiare intestatario delle utenze dei cui costi si chiede il rimborso, faccia parte del Nucleo Familiare del Contraente;
- evidenza probatoria del titolo di risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato ed ultima busta paga;
- certificazione del competente Centro per l'Impiego attestante lo Stato di Disoccupazione dell'Assicurato, relativa ai giorni continuativi successivi alla Perdita di Occupazione.

L'Assicurato deve consentire all'Assicuratore le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari presso i fornitori dei servizi, il Datore di Lavoro ed il competente Centro per l'Impiego, sciogliendo gli stessi dal segreto professionale e dai vincoli previsti dalle norme per la tutela della riservatezza dei dati personali.

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 e successive modifiche.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SETTORE - 2
INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA
GARANZIA OPERANTE PER TIPOLOGIA "B" DI ASSICURATO

Art. 26 - Oggetto dell'Assicurazione

Si considera Sinistro da "Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia", la perdita temporanea, in misura totale, della capacità del Contraente ad attendere alle attività professionali esercitate.

Se il Contraente figura, al momento dell'evento, soggetto di cui alla Tipologia "B" di Assicurato si considera in garanzia:

- l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio avente durata superiore a 30 giorni.
- l'Inabilità Temporanea Totale da Malattia avente durata superiore a 60 giorni.

Deve intendersi in garanzia esclusivamente l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, avvenuta nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Art. 27 – Limite di Indennizzo

In caso di Sinistro rientrante nell'oggetto dell'Assicurazione, e fermi i Periodi di Franchigia di 30 giorni per l'Infortunio e 60 giorni per la Malattia, indicati al precedente art.9, l'Assicuratore provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese indicate all'art. 1 comma a) delle Condizioni di Assicurazione, in scadenza successiva al verificarsi del Sinistro e fino ai 30 giorni successivi alla data di termine dell'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia certificata.

L'Assicurato in alternativa al rimborso di cui sopra, ha diritto di chiedere all'Assicuratore il pagamento delle spese indicate all'art. 1 comma a) direttamente al fornitore di riferimento; in tale caso l'Assicuratore in deroga all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, si impegna ad effettuare il pagamento entro 20 giorni dalla data della richiesta dell'Assicurato, fermo quanto indicato agli artt. 35 e 36 delle Condizioni di Assicurazione.

La garanzia è operante per un massimo di 240 giorni di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia certificati.

L'Assicurazione viene prestata con il Limite di Indennizzo di € 2.000,00, da intendersi quale massima esposizione complessiva dell'Assicuratore per singolo Sinistro e per l'intero Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Art. 28 - Criteri di indennizzabilità della garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio

L'Assicuratore liquida l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Art. 29 - Criteri di indennizzabilità della garanzia Inabilità Temporanea Totale da Malattia

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o Invalidità preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, oltre a quanto disposto dall' Art. 34 "Persone non assicurabili", sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da Condizioni Menomative Coesistenti e/o Concorrenti.

Art. 30 – Infortunio in garanzia

È considerato Infortunio in garanzia l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali determinino per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale di durata pari ai criteri indicati all'Art.26 – "Oggetto dell'Assicurazione".

Sono comunque considerati Infortuni in garanzia, purché determinino le conseguenze di cui sopra:

- a) le conseguenze dei colpi di sole o di calore;
- b) l'assideramento o il congelamento;
- c) l'asfissia per fuga di gas o di vapori;
- d) l'annegamento e la folgorazione;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci, nonché ad uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque a queste ultime equiparabili sul piano effettuale;
- f) le infezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, esclusa la malaria e le Malattie tropicali;
- g) gli Infortuni sofferti in conseguenza di colpa grave, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato;
- h) gli Infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- i) 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 le lesioni sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte.

Art. 31- 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'aereo e cessa al momento in cui ne scende.

Art. 32 – Malattia in garanzia

È considerata Malattia in garanzia ogni alterazione dello stato di salute dovuta a cause patologiche organiche naturali, non connesse ad Infortunio, la quale determini per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale di durata pari ai criteri indicati all'Art. 26 – “Oggetto dell'Assicurazione”.

Art. 33- Rischi esclusi dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

Fermo il Periodo di Carenza di cui all'Art. 9, sono escluse dalla garanzia assicurativa:

- a) le conseguenze di Infortuni e Malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione e note all'Assicurato (anche eventualmente non emerse dalla “Dichiarazione di buono stato di salute” contenuta nella Proposta di Assicurazione e, se prodotto, dal “Rapporto del Medico”);
- b) gli Infortuni e le Malattie derivanti da guerra, insurrezioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, tsunami ed alluvioni;
- c) gli Infortuni e le Malattie causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- d) gli Infortuni e le Malattie causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- f) gli Infortuni derivanti da conseguenze delle infezioni che non abbiano causa diretta ed esclusiva con una lesione ai sensi dell'Art. 30 lettera f);
- g) gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze di interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- h) gli Infortuni derivanti dall'uso, in qualità di pilota o di membro dell'equipaggio, di mezzi subacquei o aerei;
- i) gli Infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, sport aerei in genere, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai;
- j) gli Infortuni derivanti dalla pratica, anche a carattere non professionale, di: arti marziali, pugilato, atletica pesante;
- l) gli Infortuni derivanti dalla pratica, non avente carattere ricreativo, di: hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica;
- m) gli Infortuni derivanti dalla partecipazione, quale pilota o membro dell'equipaggio, ad allenamenti, competizioni o gare automobilistiche / motociclistiche / motonautiche;
- n) le Malattie derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche non effettuati sotto il diretto controllo medico;
- o) le Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- p) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- q) patologie determinate da influenze elettro-magnetiche.

Non sono considerati Malattia e non sono quindi indennizzabili:

- l'infertilità e la sterilità;
- la gravidanza e le patologie connesse, il parto e l'aborto volontario non terapeutico.

Art. 34 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindrome organica cerebrale, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

In ogni caso l'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con l'obbligo dell'Assicuratore di restituire al Contraente, il rateo di Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte.

Art. 35 - Denuncia del Sinistro ed obblighi relativi

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

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

Il decorso dell'Infortunio o della Malattia deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

La certificazione attestante l'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia deve essere rilasciata da struttura ospedaliera pubblica o privata, o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato, con esclusione della documentazione prodotta dal medico di base.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta dall'Assicuratore sono a carico del Contraente, 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 dell'Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia denunciata.

L'accertamento dell'Infortunio o della Malattia viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 180 giorni dalla ricezione della denuncia

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 o alla Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione del Sinistro;*
- *sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali Net Insurance S.p.A. credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;*
- *sottoporsi agli accertamenti e controlli di medici fiduciari disposti dall'Assicuratore, nei casi in cui questi ritenga di verificare la natura dell'Infortunio o della Malattia denunciata;*
- *fornire documentazione comprovante l'appartenenza del Contraente, al momento del Sinistro, alla Tipologia "B";*
- *fornire certificato di residenza del Contraente;*
- *produrre evidenza probatoria dei costi relativi alle utenze di cui all'art.1 comma a) delle Condizioni di Assicurazione, consentendo all'Assicuratore le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari presso i fornitori dei servizi;*
- *produrre evidenza probatoria che il familiare intestatario delle utenze dei cui costi si chiede il rimborso, faccia parte del Nucleo Familiare del Contraente.*

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. 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. 36- Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'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'Inabilità Temporanea Totale 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.

Art. 37 – Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo Infortunio o Malattia

L'Assicuratore verifica l'operatività della garanzia, controlla la necessaria documentazione e compie gli accertamenti dell'Infortunio o della Malattia, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 180 giorni dalla ricezione della denuncia.

Valutato il danno, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'Assicurato ed avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'Atto di Liquidazione o, nel caso di controversia entro 30 giorni dalla firma del verbale definitivo del Collegio dei Medici così come indicato nell'art. 36 .

In caso di controversia giudiziale il termine per il pagamento dell'Indennizzo decorre dalla sentenza di accoglimento delle richieste dell'Assicurato.

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



I dati contenuti nel presente documento sono aggiornati al 18/11/2011.

FAC – SIMILE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE (Mod.NET/0020/2 – Ed.11.2011)

Decorrenza contratto / /

Scadenza contratto / /

Limite di Indennizzo € 2.000,00 (Art.22 e 27 delle Condizioni di Assicurazione)

Premio annuale (al lordo delle imposte al 2,50%): € 100,00 (eurocento/00)

Rateazione pagamento : annuale semestrale

DATI DELL'ASSICURANDO

Contraente/Assicurando _____

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

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

e-mail _____ cell. _____

Attuale status Lavorativo:

Lavoratore Dipendente presso _____
Sede in _____ () c.a.p. _____ Via _____ n. _____

Altro Lavoratore

Lavoratore Autonomo

Non Lavoratore

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Il sottoscritto, Assicurando sopra indicato:

- chiede a NET INSURANCE S.p.A. - e previo consenso di questa - di stipulare quale Contraente, il contratto di assicurazione "Utenze al Sicuro" in conformità alle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo di cui al Mod. NET/0020/1 – Ed 11.2011.
- **dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo predisposto da Net Insurance S.p.A. (Mod. NET/0020/1 – Ed 11.2011), contenente la Nota Informativa, il Glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac – Simile della Proposta di Assicurazione;**
- dichiara di avere preso visione del Fascicolo Informativo (Mod. NET/0020/1 – Ed 11.2011) 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;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino il sottoscritto, autorizzando fin da ora Net Insurance S.p.A. all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici.

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, chirurgia estetica, parto);

- di non essere in attesa di ricovero, di non essere sottoposto a terapia continuativa e di non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali;
- di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V., sindromi organico-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici;
- di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardio, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico;
- di non percepire pensione o assegno d'invalidità superiore al 20% per infortunio o malattia.

Qualora l'Assicurando non sottoscriva la dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione, deve essere compilato il Rapporto del Medico (Mod. NET/0020/3- Ed 11.2011).

Prima della sottoscrizione della presente dichiarazione e, laddove prodotto, del Rapporto del Medico, è necessario quindi verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate. Anche nei casi non espressamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica, con costo a proprio carico, per certificare l'effettivo stato di salute.

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.

Data, _____

Il Contraente/Assicurando _____

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nel Mod. NET/0020/1 - Ed 11.2011:

Art. 1 - Condizioni di operatività dell'Assicurazione - Art. 2 "Modifica di status lavorativo dell'Assicurato" - Art. 3 "Modalità assuntive" - Art. 4 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" - Art. 5 "Aggravamento o diminuzione del rischio" - Art. 7 "Durata dell'Assicurazione - Proroga dell'Assicurazione" - Art. 8 "Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia" - Art. 9 "Periodo di Franchigia - Periodo di Carenza" - Art. 11 "Recesso in caso di Sinistro" - Art. 23 "Delimitazione dell'Assicurazione" - Art. 24, 33 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" - Art. 25, 35 "Denuncia di Sinistro e obblighi relativi" - Art. 28 - "Criteri di indennizzabilità della garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio" - Art. 29 - "Criteri di indennizzabilità della garanzia Inabilità Temporanea Totale da Malattia" - Art. 34 "Persone non assicurabili" - Art. 36 "Controversie".

Data, _____

Il Contraente/Assicurando _____

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):

DA' IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO

il Contraente/Assicurando _____



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 € 5.842.000 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

