

Polizza Convenzione

# NET CPI Prestiti

POLIZZA CONVENZIONE AD ADESIONE FACOLTATIVA CON GARANZIE "TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE", "INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA", "INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA" O "PERDITA D'IMPIEGO".

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP VITA
- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO
- IL FAC-SIMILE DELLA RICHIESTA DI ADESIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ADERENTE/ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 11/2024

"PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

*Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplice e Chiari".*



# Assicurazione multigaranzia abbinato a finanziamento



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita  
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi  
(DIP Vita)

Net Insurance Life S.p.A.

Ed. 11/2024

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

NET CPI Prestiti

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

## Che tipo di assicurazione è?

NET CPI Prestiti è una Polizza Convenzione stipulata da CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento (prestito) con la stessa. L'adesione alla Polizza Convenzione, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisi che possono colpire la persona assicurata, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate del prestito. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diversi pacchetti assicurativi (opzioni), Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di una garanzia ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di altre garanzie di ramo danni (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP Danni e nel DIP Multirischi).



## Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce il pagamento di un importo pari al debito residuo previsto alla data corrispondente al pagamento della rata precedente il Decesso, con un limite massimo di Euro 80.000 per ciascun Assicurato. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

La predetta garanzia di ramo Vita è prestata congiuntamente alle garanzie di ramo danni (invalidità totale e permanente da infortunio o malattia, inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, perdita d'impiego) prestate dalla compagnia NET INSURANCE S.p.A., in caso di scelta da parte dell'Aderente/Assicurato delle opzioni di prodotto come sotto indicate:

Opzione Contrattuale	Coperture assicurative			
	Decesso	Invalità Totale e Permanente	Inabilità Temporanea Totale	Perdita d'Impiego
Opzione 1	Si	Si	No	No
Opzione 2	Si	Si	Si	No
Opzione 3	Si	Si	No	Si

E' assicurato il soggetto persona fisica sottoscrittore di un contratto di mutuo con la Contraente che, in base allo status professionale al momento dell'adesione alla polizza, può aderire alle seguenti opzioni:

Opzione 1: sottoscrivibile da **tutti gli Aderenti/Assicurati.**

Opzione 2: sottoscrivibile dai soli **Produttori di reddito ad eccezione dei Lavoratori Dipendenti del settore**



## Che cosa NON è assicurato?

### Non è assicurabile:

- ✗ chi non è residente nella Comunità Europea e domiciliato in Italia;
- ✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 65 anni compiuti.

### Inoltre:

- ✗ l'età dell'Assicurato alla scadenza della Polizza deve essere inferiore a 78 anni.



## Ci sono limiti di copertura?

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Aderente/Assicurato – salvo quanto diversamente specificato e nei casi in cui il Decesso sia causato ad esempio da:

- ! dolo del Beneficiario e dell'Aderente/Assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- ! incidente di volo, se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto.

**Privato con contratto a tempo indeterminato e dei Non Lavoratori.**

Opzione 3: sottoscrivibile dai soli **Lavoratori Dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato.**



### Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



### Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione, l'Aderente/Assicurato deve compilare il questionario medico semplificato e, se richiesto, il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
- **Durante il corso del contratto:** l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia eventuali modifiche riguardanti il proprio profilo (ad esempio, modifiche riguardanti lo status professionale dello stesso) che siano intervenute in corso di contratto.  
**In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro:** l'Aderente/Assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.



### Quando e come devo pagare?

La copertura assicurativa viene prestata dietro pagamento da parte dell'Aderente/Assicurato di un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione.

Il pagamento del Premio Unico in via anticipata avviene sempre tramite bonifico bancario.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata delle coperture assicurative è pari:

- alla durata del prestito, in caso di nuova richiesta di finanziamento,
- alla durata residua del prestito, in caso di finanziamento già erogato.

Le coperture assicurative vengono prestate per una durata compresa tra un minimo di 6 mesi ed un massimo di 120 mesi.



### Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di decorrenza (diritto di ripensamento).

L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.

Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia (anche per il tramite del Broker o della Contraente) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte).



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il presente contratto non prevede valore di riscatto né di riduzione.

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

### Che tipo di assicurazione è?

È una Polizza Convenzione stipulata da CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. (**Contraente**) per conto dei propri clienti prestatori, che in qualità di **Aderenti/Assicurati** possono aderire alla Polizza Convenzione, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'Assicurato contro l'accadimento di eventi imprevisi che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di restituzione alla banca delle rate del Prestito. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diversi pacchetti assicurativi (opzioni). Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di garanzie di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP Vita e nel DIP Multirischio).



### Che cosa è assicurato?

#### **OPZIONE 1 (sottoscrivibile da tutti gli Aderenti/Assicurati)**

- ✓ **Invalidità Totale e Permanente di grado uguale o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito in linea capitale alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo finanziamento (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

#### **OPZIONE 2 (sottoscrivibile dai soli Produttori di reddito ad eccezione dei Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato)**

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito in linea capitale alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo finanziamento (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari alle rate mensili del Prestito che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo Indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo finanziamento (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

#### **OPZIONE 3 (sottoscrivibile dai soli Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato)**

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito in linea capitale alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo finanziamento



### Che cosa non è assicurato?

#### **Non è assicurabile chi:**

- ✗ non sia residente nell'unione Europea e non sia domiciliato in Italia;
- ✗ al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 65 anni compiuti;

#### **Inoltre:**

- ✗ l'età dell'Assicurato alla scadenza della Polizza deve essere inferiore a 78 anni per la garanzia invalidità totale e permanente, e al pensionamento per le garanzie inabilità temporanea totale e perdita d'impiego.



### Ci sono limiti di copertura?

#### **Principali esclusioni per le garanzie invalidità totale e permanente ed inabilità temporanea totale:**

- ! Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! Incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! dolo dell'Assicurato;
- ! Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ! infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili.

#### **Principali esclusioni per la garanzia perdita d'impiego:**

- ! l'Aderente/Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente del settore privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non

(assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

- ✓ **Perdita d'Impiego** - Indennizzo pari alle rate mensili del Prestito erogato dalla Contraente, che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo Indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Disoccupazione. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo finanziamento (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;

- ! l'Aderente/Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (Lavori Socialmente Utili);
- ! la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- ! risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Aderente/Assicurato;
- ! l'Aderente/Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria.



### Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.
- ✓ Relativamente alla garanzia Perdita d'impiego, la copertura vale per i sinistri relativi a contratti di lavoro regolamentati dalla legge italiana.



### Che obblighi ho?

- **all'inizio del contratto:** quando sottoscrivi la Richiesta di Adesione, devi compilare il questionario medico semplificato e, se previsto, il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
- **nel corso della durata del contratto:** in caso di variazione del tuo status lavorativo, sei tenuto a comunicare il cambiamento alla compagnia sapendo che: (i) la copertura Invalidità Totale e Permanente (presente in tutte e tre le opzioni) resta in vigore senza alcuna modifica; (ii) le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego (operante in funzione del tuo status professionale a seconda dell'opzione sottoscritta) cessano la propria efficacia e la compagnia ti rimborserà la relativa parte di premio non goduta. In alternativa, puoi optare per l'attivazione della nuova garanzia corrispondente al nuovo status professionale dietro corresponsione del relativo premio.
- **in caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



### Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a pagare un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione.  
Il pagamento del Premio avviene tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Assicurato.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della data di decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del finanziamento, per i Prestiti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella richiesta di adesione, per i Prestiti già erogati.

La durata delle garanzie previste è pari alla durata del Prestito (variabile tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 120 mesi).



### Come posso disdire la polizza?

Hai il diritto di recedere dal contratto:

- entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza (diritto di ripensamento);
- annualmente, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità.

Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia (anche per il tramite del Broker o della Contraente) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte), oppure – in caso di recesso annuale – provvederà alla restituzione della parte di Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).

# Assicurazione multigaranzia abbinata a Finanziamento

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi  
(DIP aggiuntivo Multirischi)

Net Insurance S.p.A. e Net Insurance Life S.p.A.

NET CPI Prestiti

Ed. 11/2024

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



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

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

## RAMO VITA

**Net Insurance Life S.p.A.** – Società per Azioni facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita – Albo Gruppi Assicurativi IVASS n. 43 – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 Roma; Tel. 06 893261 – Fax 06 89326800; Sito internet: [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it); E-mail: [info@netinsurancelife.it](mailto:info@netinsurancelife.it); PEC: [netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it](mailto:netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it).

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con Provv. IVASS n. 2591 del 14/02/2008 e nel Ramo Vita IV con Provv. IVASS n. 223416 del 16/11/2020. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.000164.

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 34,6 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 15 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 19,6 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 20,4 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 5,1 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 47,9 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 235,34%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2023 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

## RAMO DANNI

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

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

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98,3 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 80,7 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 50,3 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 18,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 101,6 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 201,86%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2023 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

### Ramo Vita

- **Decesso (TUTTE LE OPZIONI):** l'importo massimo liquidabile è pari ad € 80.000,00 per ciascun Assicurato. Dal calcolo del debito residuo del Finanziamento sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.)

## Ramo Danni

- **Invalidità Totale e Permanente di grado pari o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia (TUTTE LE OPZIONI):** l'importo massimo liquidabile è pari a € 80.000,00 per ciascun Assicurato. Dal calcolo del debito residuo del finanziamento sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate o quote di rate insolute).
- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (OPZIONE 2):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo € 1.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.
- **Perdita d'Impiego (OPZIONE 3):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo € 1.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.



## Che cosa NON è assicurato?

### ESCLUSIONI

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e/o nel DIP Danni.



## Ci sono limiti di copertura?

### Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- atti volontari di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Aderente/Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado della scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere;
- dallo svolgimento delle seguenti attività professionali:
  - forze dell'ordine e forze armate quando in servizio attivo all'Estero
  - attività circensi e stuntman
  - attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

**Rami Danni**

Esclusioni garanzia **Invalidità Totale Permanente** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- infortuni causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Aderente/Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
- svolgimento delle seguenti attività professionali:
  - forze dell'ordine e forze armate, quando in servizio attivo all'Esterioattività circensi e stuntman
  - attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

Esclusioni garanzia **Inabilità Temporanea Totale** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- infortuni causati da etilismo, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Aderente/Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
- svolgimento delle seguenti attività professionali:
  - forze dell'ordine e forze armate, quando in servizio attivo all'Esterioattività circensi e stuntman

- attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

Esclusioni garanzia **Perdita d'Impiego** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- licenziamento dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero, a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- l'Aderente/Assicurato, all'atto dell'adesione, è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- l'Aderente/Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento.

Altre limitazioni per la garanzia **Inabilità Temporanea Totale**:

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60gg. consecutivi di inabilità)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due sinistri ai fini della indennizzabilità anche del sinistro successivo: 90 giorni

Altre limitazioni per la garanzia **Perdita d'Impiego**:

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60gg. consecutivi di disoccupazione)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due sinistri ai fini della indennizzabilità anche del sinistro successivo: 90 giorni

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la stessa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzione delle Nazioni unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).

Gli Indennizzi previsti per ciascuna copertura assicurativa non sono mai cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

**Denuncia di sinistro:** I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso la filiale della Contraente mediante apposita comunicazione o compilazione del modulo Denuncia di Sinistro (disponibile nelle Condizioni di Assicurazione o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Mutuo). La denuncia del Sinistro, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Compagnie ai seguenti indirizzi:

- **per la Copertura Vita** (Decesso): **NET INSURANCE LIFE S.p.A.** c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
- **per le Coperture Danni** (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Perdita d'Impiego): **NET INSURANCE S.p.A.** c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

#### DECESSO:

- modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato o una richiesta di liquidazione contenente le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della Richiesta di Adesione e dell'eventuale Questionario Anamnestico o, in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- relazione del medico curante circa le cause del Decesso, completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato

il Decesso;

- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Aderente/Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il Decesso;
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
  - copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
  - verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del Decesso;
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento conosciuto, valido e non impugnato;
- se non esiste testamento: dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi ed il grado di parentela;
- una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte in presenza dell'Intermediario o con firma autenticata da un Pubblico Ufficiale che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale)
  - indicazione delle coordinate Bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari, firmata dagli intestatari dei documenti
  - in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
  - in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del Capitale.

**INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE:**

- copia della Richiesta di Adesione e dell'eventuale Questionario Anamnestico, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- copia di un valido documento di identità dell'Aderente/Assicurato;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile;
- dichiarazione sottoscritta dall'Aderente/Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

**INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:**

- copia della Richiesta di Adesione e dell'eventuale Questionario Anamnestico, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- copia di un valido documento di identità dell'Aderente/Assicurato;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale);
- dichiarazione sottoscritta dall'Aderente/Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

**PERDITA D'IMPIEGO:**

- copia della Richiesta di Adesione e dell'eventuale Questionario Anamnestico, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- copia di un valido documento di identità dell'Aderente/Assicurato;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;</li> <li>- copia della lettera di assunzione o certificazione equipollente;</li> <li>- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;</li> <li>- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);</li> <li>- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Aderente/Assicurato sia in regime di CIGS);</li> <li>- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Aderente/Assicurato sia in regime di CIGS);</li> <li>- dichiarazione sottoscritta dall'Aderente/Assicurato con indicati intestatario del conto corrente Bancario e codice IBAN.</li> </ul>
	<b>Prescrizione garanzia VITA:</b> 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.
	<b>Prescrizione garanzie DANNI:</b> 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
	<b>Liquidazione delle prestazioni:</b> L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti il comportamento dell'Aderente/Assicurato relativamente a fatti o circostanze tali da comportare un aggravamento del rischio, l'Impresa si riserva di applicare quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 c.c.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	L'Aderente/Assicurato è tenuto a pagare un Premio in via anticipata e in un'unica soluzione per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione. Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto, ovvero dell'importo residuo del debito in linea capitale del Finanziamento, in caso di Finanziamenti già erogati, e in base alla durata del Contratto di Finanziamento (espressa in mesi). L'importo totale del Premio unico è pari alla somma della componente di Premio per la Copertura Decesso e delle componenti del Premio per le Coperture danni.
<b>Rimborso</b>	L'Aderente/Assicurato ha diritto al rimborso del premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recede dal contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza. Nel caso di estinzione anticipata del finanziamento, salvo il caso in cui l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria, le Imprese restituiranno la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria in caso di estinzione totale o alla proporzionale riduzione del rischio in caso di estinzione parziale.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	Le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del finanziamento;</li> <li>• scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Aderente/Assicurato per adesioni con durata annuale;</li> <li>• estinzione anticipata del finanziamento o portabilità laddove l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria del contratto;</li> <li>• liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso o Invalidità Totale Permanente;</li> <li>• compimento da parte dell'Aderente/Assicurato dei 78 anni di età, se precedente alla Data di scadenza, per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente;</li> <li>• Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego).</li> </ul> In caso di più Assicurati (assicurazione pro quota) la cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione dell'assicurazione a favore degli altri Assicurati.
---------------	--

	Per alcune garanzie è previsto il seguente Periodo di Carenza iniziale, durante il quale l'assicurazione non è operante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita d'Impiego: 60 giorni</li> <li>• Inabilità Temporanea Totale: 60 giorni</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



### Come posso disdire la polizza?

<b>Revoca</b>	La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di decorrenza.
<b>Recesso</b>	In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
<b>Risoluzione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti della contraente che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento con la stessa, aventi un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti al momento dell'Adesione, fermo restando che l'età dell'Assicurato alla scadenza della Polizza deve essere inferiore a 78 anni per le garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'impiego.



### Quali costi devo sostenere?

#### Costi gravanti sul premio

Si riporta di seguito l'informativa dettagliata sui costi:

	<b>Caricamento</b>
Garanzia Vita	71,00%
Garanzie Danni	71,00%

del Premio unico anticipato o Premio annuale al netto delle imposte, ove applicabili.

#### Costi di intermediazione

Si evidenzia di seguito la quota parte dei costi percepita in media dal distributore del prodotto:

	<b>Caricamento</b>
Garanzia Vita	69,01%
Garanzie Danni	69,01%

del costo stesso.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	Il presente contratto non prevede valori di riscatto e di riduzione.
---------------------------------------	--

### COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p><b>per la Copertura Decesso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA</li> <li>• Posta elettronica certificata: <a href="mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it">ufficio.reclami@pec.netinsurance.it</a>;</li> <li>• Fax: 06.89326.570</li> </ul> <p><b>per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): NET INSURANCE S.p.A. – Ufficio Reclami - Via</li> </ul>
----------------------------------	--

	<p>Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posta elettronica certificata: <a href="mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it">ufficio.reclami@pec.netinsurance.it</a>;</li> <li>• Fax: 06.89326.570</li> </ul> <p>I reclami saranno riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte dell'Impresa Assicuratrice o dell'intermediario entro 45 giorni, l'Aderente/Assicurato può rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</p>
<p><b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b></p>	
<b>Mediazione</b>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo <a href="http://www.ec.europa.eu/odr">http://www.ec.europa.eu/odr</a>) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

<p><b>REGIME FISCALE</b></p>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%.</li> <li>• Sui premi versati alla Compagnia aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia entro il limite massimo di € 530,00, in base alla normativa vigente alla data di redazione del presente Contratto, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF attualmente del 19% dei Premi stessi.</li> </ul>

**IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.**

**L'IMPRESA ASSICURATRICE HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E/O IL QUESTIONARIO MEDICO ANAMNESTICO LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA ASSICURATRICE DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA ALLA CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**



## Sommario

GLOSSARIO .....	2
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	5
ART. 1 GARANZIE PRESTATE .....	5
ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE .....	6
ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE .....	6
ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO .....	7
ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO .....	7
ART. 6 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE .....	7
ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA .....	7
ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA .....	8
ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI .....	8
ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO .....	8
ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO .....	9
ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO .....	10
ART. 13 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEI SUOI AVENTI CAUSA IN CASO DI SINISTRO .....	13
ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI .....	13
ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI .....	14
ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI .....	14
ART. 17 COMUNICAZIONI .....	14
ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ADERENTE/ASSICURATO .....	14
ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA .....	14
ART. 20 LEGGE APPLICABILE .....	14
ART. 21 FORO COMPETENTE .....	14
ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA .....	14
ART. 23 RECLAMI .....	14
ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI .....	15
ART. 25 CONTROVERSIE .....	15
ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE .....	15
ART. 27 SANZIONI .....	15
ART. 28 MODIFICHE ALLA RICHIESTA DI ADESIONE .....	15
ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO .....	16
ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO .....	16
ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE .....	16
ART. 31 BENEFICIARI .....	16
ART. 32 ESCLUSIONI .....	16
ART. 33 RISCATTO E PRESTITI .....	17
ART. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI .....	17
ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA .....	18
ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE .....	18
ART. 36 ESCLUSIONI .....	18
ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI .....	19
ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE .....	20
ART. 38 PRESTAZIONI ASSICURATE .....	20
ART. 39 ESCLUSIONI .....	20
ART. 40 DENUNCE SUCCESSIVE .....	21
ART. 41 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI .....	21
ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO .....	22
ART. 42 PRESTAZIONI ASSICURATE .....	22
ART. 43 ESCLUSIONI .....	22
ART. 44 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI .....	23
ART. 45 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI .....	23
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI .....	1
FAC SIMILE DELLA RICHIESTA DI ADESIONE .....	1
QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO .....	1
QUESTIONARIO ANAMNESTICO .....	1
MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO .....	1
CONTATTI UTILI .....	1



## GLOSSARIO

### **Aderente**

Soggetto che ha aderito facoltativamente alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Richiesta di Adesione e pagando il Premio. Coincide con la persona fisica che ha sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Banca ovvero con il suo/suoi eventuale/i Garante/i.

### **Adesione**

Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell'Aderente/Assicurato alla Polizza Convenzione (o Contratto).

### **Assicurato**

Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti, cliente della Contraente in qualità di intestatario o di Garante del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato coincide altresì con l'Aderente, cioè con il soggetto che ha aderito facoltativamente alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Richiesta di Adesione e pagando il Premio.

### **Banca**

Coincide con la Contraente.

### **Beneficiario**

Beneficiario della prestazione per il caso di Decesso è la persona fisica o giuridica designata nella Richiesta di Adesione dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dalla Polizza Convenzione, quando si verifica il Sinistro.

Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego è l'Assicurato stesso.

### **Broker**

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano.

### **Capitale assicurato**

Prestazione che la Compagnia di Assicurazione corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato nel corso della Durata dell'Adesione. E' pari al Debito residuo, in linea capitale del Contratto di Finanziamento stipulato dall'Aderente/Assicurato con la Contraente e collegato con l'adesione alla Polizza, calcolato alla data del Sinistro ipotizzando il regolare rimborso dello stesso sulla base del piano d'ammortamento del Contratto di Finanziamento. L'importo corrisposto, pertanto, sarà al netto delle rate o quote di rate insolte e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati.

### **Carenza**

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza della Richiesta di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia di Assicurazione Danni non corrisponde la prestazione assicurata.

### **Co-intestatario**

La persona che insieme all'intestatario del Contratto di Finanziamento risulta Cointestatario dello stesso.

### **Compagnie di Assicurazione**

Per la copertura vita: NET INSURANCE LIFE S.p.A. - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

Per le coperture danni: (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

### **Contraente**

Banca/istituto di Credito presso il quale è stato richiesto il Finanziamento che stipula la Convenzione Assicurativa con le Compagnie.

### **Condizioni Generali di Assicurazione/Condizioni di Assicurazione**

Clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto.

### **Contratto di Finanziamento**

Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede all'Aderente/Assicurato un finanziamento, rientrando nell'ambito dei **prestiti personali** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Aderente/Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 120 mesi ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto della presente Polizza Convenzione.

### **Copertura Assicurativa**

La garanzia assicurativa concessa dalle Compagnie di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte del quale le Compagnie di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

### **Data di decorrenza**

Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti:

- a) per i Finanziamenti di nuova erogazione, a condizione che il Finanziamento concesso dalla Contraente sia stato effettivamente erogato, anche parzialmente, la Data di Decorrenza coincide con la data di erogazione del Finanziamento. Nel caso in cui la data di firma presente sulla Richiesta di Adesione non coincida con la data di erogazione del Finanziamento si terrà conto solo di quest'ultima e l'Adesione si intenderà perfezionata, producendo i relativi effetti, solo a partire dalla Data di Decorrenza;
- b) per i Finanziamenti già erogati (stock), la Data di Decorrenza coincide con la data di firma presente nella Richiesta di Adesione.

### **Decesso**

Il decesso è la morte dell'Assicurato.

### **Debito residuo**

Quanto residua in linea capitale, a favore della Contraente, relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, al netto di eventuali rate insolte.



## **Disoccupazione**

Lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente del settore Privato, qualora egli contemporaneamente:

- abbia cessato la sua Normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici o percepisca un'indennità di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro.

## **Durata della Copertura Assicurativa**

Intervallo di tempo compreso tra la Data di decorrenza dell'Adesione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità.

## **Franchigia**

La Franchigia per le Garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego, è il periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini della presente Polizza Convenzione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna indennità. La Franchigia per la Garanzia Inabilità Totale Permanente è il grado percentuale al di sotto del quale non viene pagato alcun indennizzo.

## **Garante**

Soggetto terzo che garantisce con il proprio patrimonio, anche attraverso una fidejussione, l'adempimento dell'obbligazione di cui al Contratto di Finanziamento, rispondendo in solido con il mutuatario. Può coincidere con l'Adrente/Assicurato.

## **IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

## **Inabilità Temporanea Totale**

L'inabilità è la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

## **Indennizzo**

La somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle Coperture Assicurative di cui alla presente Polizza Convenzione, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

## **Infortunio**

L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e indennizzabili a termini della presente Polizza Convenzione.

## **Inabilità Totale Permanente**

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che eserciti o meno una propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Inabilità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni

sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Inabilità Permanente - INDUSTRIA". La valutazione dell'Inabilità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

## **Lavoratore Dipendente del settore Privato (Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 3)**

La persona fisica che presta la propria attività lavorativa, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali ed abbia un'anzianità minima di servizio di 12 mesi.

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori Dipendenti:

- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
- i soci di cooperativa iscritti nei libri paga.

## **Malattia**

La Malattia è l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

## **Non Lavoratore (Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 1)**

La persona fisica che non sia Produttore di Reddito o Lavoratore Dipendente del Settore Privato.

A titolo esemplificativo e non esaustivo sono considerati Non Lavoratori: Pensionati, Studenti, Casalinghe.

## **Normale attività lavorativa**

Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza, immediatamente prima del Sinistro.

## **Parti**

Le Compagnie Assicurative, la Contraente e l'Aderente/Assicurato.

## **Pensionamento**

Il passaggio del lavoratore dal servizio attivo alla condizione di pensionato. Tale situazione autorizza o impone la cessazione dell'attività di un lavoratore e la sua messa in pensione.

## **Perdita d'Impiego**

È lo stato di disoccupazione a seguito di: - giustificato motivo oggettivo; - cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

## **Periodo di Riqualificazione**

Il periodo di Riqualificazione è il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione o di Inabilità Temporanea Totale durante il quale l'Assicurato deve svolgere la propria Normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Disoccupazione o Inabilità Temporanea Totale.

## **Polizza/e Convenzione/i (o Contratto)**

Polizza assicurativa in forma di convenzione ad adesione facoltativa, sottoscritta tra NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e la Banca Contraente nell'interesse di più Assicurati che vogliono proteggersi contro i rischi dedotti nella Polizza medesima.



## **Premio**

Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le Coperture Assicurative prestate. Il Premio viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale del Capitale assicurato.

## **Produttore/i di Reddito (Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 2)**

La persona fisica diversa dal Lavoratore Dipendente del settore Privato che percepisca, al momento dell'Adesione, redditi di lavoro o di impresa, ovvero redditi derivanti dall'esercizio di arti o professioni o derivanti dall'esercizio di attività commerciali.

## **Questionario Medico Semplificato/Questionario Anamnestico**

Documenti che l'Assicurato deve compilare, ove richiesto dalla Compagnia, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono alla Compagnia per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

## **Rata Mensile**

È la Rata Mensile del finanziamento come calcolata dalla Contraente secondo il piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento rilasciato alla Compagnia di Assicurazione. In caso di frazionamento diverso da quello mensile, gli indennizzi per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego saranno determinati in ogni caso su base mensile.

## **Richiesta di Adesione**

La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente/Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, mediante la quale l'Aderente/Assicurato aderisce alla Polizza Convenzione e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

## **Sinistro**

Il verificarsi, nel corso del periodo di durata della Copertura

Assicurativa, dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia.

## **Status occupazionale**

Categoria lavorativa individuata tra le seguenti:

- Lavoratore Dipendente del settore Privato
- Produttore di Reddito
- Non lavoratore

per le quali si rinvia alle definizioni date.



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZA CONVENZIONE NET CPI PRESTITI

I testi integrali della Polizza Collettiva stipulata tra la CONTRAENTE e le COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE sono depositati presso la sede della Contraente e presso le sedi di NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A..

### ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto comprende, a seconda delle opzioni sottoscrivibili, le seguenti garanzie:

- Decesso, per tutti gli Assicurati, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A. (Opzioni 1, 2 e 3);
- Invalidità Totale Permanente, per tutti gli Assicurati, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzioni 1, 2 e 3);
- Inabilità Temporanea Totale, solo per i Produttori di Reddito ad eccezione dei Non Lavoratori e dei Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzione 2);
- Perdita di Impiego, solo per i Dipendenti del settore Privato a tempo indeterminato, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzione 3).

Si riporta, per maggior chiarezza, il seguente schema esemplificativo:

Opzione contrattuale	Persone Assicurabili	Coperture Assicurative			
		Morte	Invalidità Totale e Permanente	Inabilità Temporanea Totale	Perdita d'impiego
<b>Opzione 1</b>	Tutti gli Assicurati	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
<b>Opzione 2</b>	Riservata ai soli Produttori di Reddito. Non sottoscrivibile dai Non Lavoratori e dai Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità minima di 12 mesi	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
<b>Opzione 3</b>	Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità minima di 12 mesi. Non sottoscrivibile dai Non Lavoratori o Produttori di reddito.	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma le garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; la garanzia Perdita d'Impiego è valida solo relativamente a contratti di lavoro regolamentati dalla Legge Italiana.



## ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Compagnie di Assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dalla Richiesta di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie di Assicurazione stesse. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

## ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) abbia stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata compresa tra 6 mesi e 120 mesi, ovvero figure quale Garante rispetto al Contratto medesimo. In caso di Finanziamento già erogato, la durata residua all'atto dell'Adesione non potrà essere inferiore a 60 mesi.
- b) gli importi massimi assicurabili sono riportati all'art.4 che segue;
- c) sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 65 anni non compiuti alla data della sottoscrizione della Richiesta di Adesione, fermo restando che l'età massima a scadenza ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è di 78 anni non compiuti per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita di Impiego;
- d) abbia aderito alla Polizza Convenzione sottoscrivendo la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo e con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;
- e) abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
- f) abbia pagato il Premio unico anticipato, dopo che ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia.

Si precisa che per capitali assicurati di importo fino a € 25.000,00, l'Assicurato potrà aderire alla presente Polizza sottoscrivendo la SOLA Richiesta di Adesione.

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo art. 3.1.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta di Adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, la Compagnia si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'Assicurato e, per conoscenza, alla Contraente.

Le operazioni di Finanziamento che prevedono la co-intestazione potranno essere coperte dalla presente Polizza Convenzione.

Si precisa che in caso di co-intestazione, potranno essere assicurate fino ad un massimo di due persone e ciascun Co-assicurato potrà scegliere liberamente una percentuale fino al 100% dell'importo totale/debito residuo del Finanziamento, fermo restando l'obbligo di una copertura complessiva minima, sommando le quote di ciascun Co-assicurato, non inferiore al 100% dell'importo totale/debito residuo del Finanziamento.

Nel caso di più Assicurati Cointestatari del medesimo finanziamento, la mancata accettazione da parte delle Compagnie di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per il rimanente Assicurato, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari almeno all'importo totale richiesto del Finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

Con specifico riferimento alle garanzie **Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego**, inoltre, è assicurabile ciascuna persona fisica che non sia stata assente dalla Normale attività lavorativa, qualora sia lavoratore, negli ultimi 12 (dodici) mesi, per più di 60 (sessanta) giorni continuativi a causa di Malattia o Infortunio.

### 3.1 Norme assuntive

**L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con la Richiesta di Adesione, completata in ogni parte, datata e firmata dall'Aderente/Assicurato e, ove richiesto, del Questionario Anamnestico, compilato, datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.**

**Ogni Adesione dovrà essere completata con la seguente documentazione:**

- Per capitali assicurati fino a Euro 25.000,00 (venticinquemila/00) non è prevista la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato.
- Per capitali assicurati superiori a Euro 25.000,00 (venticinquemila/00) e qualora l'età dell'Assicurato sia pari o inferiore a 55 anni al momento dell'Adesione dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario, dovrà essere



trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

- Qualora l'età dell'Assicurato sia superiore a 55 anni al momento dell'Adesione, dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

Di volta in volta la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

## ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite assoluto per Assicurato;
- Inabilità Temporanea Totale – Perdita d'Impiego: Euro 1.500,00 mensili col massimo di 18 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per Sinistro e 36 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per l'intera durata della Copertura Assicurativa.

## ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalle Compagnie di Assicurazione all'atto dell'adesione alla Polizza Convenzione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

## ART. 6 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

L'Assicurato è esonerato dal dover dare comunicazioni alla Compagnia di eventuali aggravanti e diminuzioni di rischio ai sensi degli Artt. 1897-1898 Codice Civile.

Ai sensi dell'Art. 1926 Codice Civile l'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia eventuali cambiamenti di status occupazionale.

**L'Assicurato può aderire solo all'opzione che, alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione, corrisponde al suo effettivo status occupazionale. Qualora lo status occupazionale dell'Assicurato cambi in corso di durata delle Coperture Assicurative, egli è tenuto a comunicare il cambiamento alla Compagnia, sapendo che:**

- Le coperture Decesso ed Invalidità Totale Permanente (presenti in tutte e tre le opzioni) restano in vigore senza alcuna modifica;
- Le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego (operanti in funzione dello status occupazionale dell'Assicurato a seconda dell'opzione sottoscritta) cessano la propria efficacia e la Compagnia rimborserà all'Assicurato la relativa parte di Premio non goduta. In questo caso, l'Assicurato potrà optare per l'attivazione della nuova garanzia corrispondente al nuovo status occupazionale, dietro corresponsione del corrispondente Premio.

## ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24:00 della Data di decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del Finanziamento, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione, per i Finanziamenti già erogati.

Per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale la durata coincide sempre con la durata originaria/durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 120 mesi.

Le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente terminano, in ogni caso, al compimento del 78° anno di età dell'Assicurato, mentre le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego hanno termine alla data di Pensionamento dell'Assicurato.

In ogni caso tutte le garanzie cessano al verificarsi del primo dei seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati Cointestatari del medesimo Finanziamento e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del finanziamento stesso;
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati Cointestatari del medesimo Finanziamento e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del Finanziamento stesso;
3. scadenza dell'Adesione;



4. raggiungimento del 78° anno di età dell'Assicurato per le garanzie Decesso e Invalità Totale Permanente;
5. raggiungimento dell'età di Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego)
6. esercizio del diritto di recesso;
7. anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione);
8. surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

## ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA

La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Assicurato sino alla Data di Decorrenza.

L'Assicurato ha diritto di recedere:

- dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta) giorni** dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni);
- annualmente dalle coperture danni, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dal successivo art. 11.

Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie, anche per il tramite del Broker o della Contraente, rimborsano il Premio all'Assicurato.

La revoca e il recesso devono essere comunicate per iscritto alle Compagnie, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata A/R contenente gli estremi identificativi del Contratto stesso, ed inviata a:

**NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.  
c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano**

L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente e le Compagnie di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso.

## ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alle garanzie Invalità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego è l'Assicurato; in riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'indennizzo è il soggetto (o i soggetti) indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Assicurato all'interno della Richiesta di Adesione.

La Banca o l'intermediario finanziario possono essere designati come Beneficiari solo qualora il Contratto non sia intermediato dalla Banca o dall'intermediario finanziario stesso o da soggetti ad essi legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni comunicandolo per iscritto alle Compagnie o con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto.

Tuttavia, la designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo il Decesso dell'Assicurato;
- quando l'Assicurato e il Beneficiario abbiano espressamente dichiarato per iscritto alle Compagnie, rispettivamente, di rinunciare alla facoltà di revoca e di accettare la designazione di beneficiario;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto dal Contratto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alle Compagnie di volersi avvalere del beneficio.

Nei casi in cui la designazione di beneficio non possa essere revocata, le operazioni di recesso e liquidazione richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

In caso di Sinistro verranno liquidate dalle Compagnie le prestazioni calcolate alla data del Sinistro.

Nel caso di estinzione anticipata o accollo del Finanziamento e portabilità del Finanziamento, laddove sia stato richiesto alle Compagnie il mantenimento delle coperture assicurative, Beneficiario delle prestazioni resta l'Assicurato stesso o, in caso di Decesso, i suoi aventi diritto, il suo/suoi eventuale/i Garante/i, ovvero la persona fisica designata dall'Assicurato nella Richiesta di Adesione.

## ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Aderente o per suo conto dalla Contraente di un Premio in via anticipata e in un'unica soluzione per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.



Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto, ovvero dell'importo residuo del debito in linea capitale del Finanziamento, in caso di Finanziamenti già erogati, e in base alla durata del Contratto di Finanziamento (espressa in mesi).

L'importo totale del Premio unico è pari alla somma della componente di Premio per la Copertura Decesso e delle componenti del Premio per le Coperture danni.

Il Premio, non frazionabile, viene versato dall'Aderente al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione alla Polizza Convenzione abbinata al Contratto di Finanziamento tramite bonifico bancario.

Le Compagnie di Assicurazione, inoltre, nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal questionario anamnestico emergano patologie di rilievo, si riservano la facoltà di:

- rifiutare l'assunzione del rischio ovvero
- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi sanitari.

## ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

Nel caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento, salvo il caso in cui l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria, le Compagnie di Assicurazione provvederanno alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria o alla proporzione del capitale rimborsato rispetto al Debito Residuo. Nei casi di surroga e rinegoziazione del Finanziamento, la copertura assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga/rinegoziazione del Contratto di Finanziamento.

La Contraente dovrà inviare alle Compagnie di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale/parziale/surroga del Contratto di Finanziamento, indicandone gli elementi economici atti al calcolo del rimborso, oltre alla modalità di rimborso gradita dall'Aderente.

Le Compagnie di Assicurazione, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, restituiranno all'Aderente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata per quanto concerne il Premio inerente la Copertura Decesso:

Rimborso del Premio Puro:  $PVita * (1-H) * [(N-K) * (N-K+1)] / [N * (N+1)]$

Rimborso dei Costi:  $PVita * H * [(N-K)/N]$

Dove

- PVita = Premio versato per la Copertura Decesso
- H = Costi sul premio versato per la Copertura Decesso
- N = durata originaria del Finanziamento espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/surroga del Finanziamento.

Da sommarsi alla parte di premio non goduto inerente le Coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego), calcolato come segue:

$$R = \frac{C}{D} \times \left\{ P \times (1-H) \times \frac{(N-K)}{N} \times \frac{(1 - (1+J/12)^{-(N-K)})}{(1 - (1+J/12)^{-N})} + P \times H \times \frac{(N-K)}{N} \right\}$$

dove:

R = Importo da rimborsare

C = Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione

D = Debito residuo al giorno immediatamente antecedente a quello in cui l'estinzione è avvenuta

P = Premio pagato per le coperture danni al netto delle imposte, degli eventuali diritti e di eventuali restituzioni a seguito di rimborsi per precedenti estinzioni parziali

H = % dei costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

N = Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi

K = Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi

J = Tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

La parte di Premio rimborsata è pari alla somma:

- del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del Capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.



In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, il rateo di Premio da rimborsare sarà calcolato come sopra indicato. Resta altresì inteso che, a seguito dell'operazione di rimborso, il Premio originariamente versato risulterà ridotto in proporzione del capitale estinto rispetto al Debito Residuo.

Nei casi in cui l'anticipata estinzione parziale comporti variazioni di parametri fondamentali della tariffa quali la modifica della durata e/o del tasso di interesse e/o della scadenza, quindi di fatto in presenza di una rinegoziazione del Contratto di Finanziamento, lo stesso cesserà i suoi effetti secondo le modalità seguite per la totale estinzione. Contestualmente verrà emesso un nuovo contratto per il restante periodo di esposizione debitoria con nuovo iter assuntivo e valutazione sanitaria per l'Assicurato. Tuttavia, qualora originariamente l'Assicurato abbia aderito alla Polizza Convenzione stipulata con le Compagnie, non si procederà né con un nuovo iter assuntivo né con una nuova valutazione sanitaria. Parimenti, non si procederà con l'applicazione di alcuna carenza prevista – fatto salvo l'eventuale periodo residuo – se non per le maggiori somme.

In alternativa l'Aderente/Assicurato, su richiesta scritta da inviare alle Compagnie di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

Si precisa che il rimborso del rateo di Premio pagato e non goduto in seguito ad estinzione totale o parziale viene previsto solo in caso di Adesione con Premio Unico anticipato.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Aderente/Assicurato direttamente alle Compagnie di Assicurazione o per il tramite della Contraente ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Vita (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
- per le Coperture Danni: (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Per la Copertura Caso Decesso la prestazione sarà erogata ai Beneficiari designati nella Richiesta di Adesione.

Per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso.

## ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso la filiale della Contraente mediante apposita comunicazione o compilazione del modulo Denuncia di Sinistro (disponibile nel Set informativo o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento). La denuncia del Sinistro, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Compagnie di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Vita (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano
- per le Coperture Danni: (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A. c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

Per informazioni relative ai Sinistri della Garanzia Decesso gli aventi causa potranno rivolgersi a:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano  
mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)

Per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego) l'Aderente/Assicurato potrà rivolgersi a:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano  
mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete della documentazione richiesta elencata nel modulo Denuncia di Sinistro.

Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di queste ultime.

Le Compagnie di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di seguito specificata, riguardante ogni garanzia.

La documentazione necessaria, suddivisa per garanzia, è la seguente:



## Art.12.1 - Decesso

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile nel Set informativo o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della Richiesta di Adesione e dell'eventuale Questionario Medico Semplificato o Questionario Anamnestico o, in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- relazione del medico curante circa le cause del decesso, completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
  - Copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
  - Verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso;
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento conosciuto, valido e non impugnato;
- se non esiste testamento:
  - dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi ed il grado di parentela;
- una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte in presenza dell'Intermediario o con firma autenticata da un Pubblico Ufficiale che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari, firmata dagli intestatari dei documenti;
  - in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
  - in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del Capitale.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere, nei casi di richieste di liquidazione effettuate senza l'intervento dell'Intermediario e/o per particolari casistiche, l'autentica della firma del richiedente.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore dell'avente diritto entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra, dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore dell'avente diritto sono dovuti gli interessi moratori.

Inoltre, la filiale della Contraente presso la quale è stato stipulato il Finanziamento, i Beneficiari, o altra persona in loro vece, devono:

- fornire ogni ulteriore documentazione che NET INSURANCE LIFE S.p.A. ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del Sinistro;
- consentire alla Compagnia di Assicurazione di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

## Art. 12.2 Invalidità Totale e Permanente

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile nel Set informativo o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della Richiesta di Adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Semplificato o Questionario Anamnestico, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;



- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

## **Art. 12.3 Inabilità Temporanea Totale**

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile nel Set informativo o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della Richiesta di Adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Semplificato o Questionario Anamnestico, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- dichiarazione della Banca attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

La documentazione andrà presentata al verificarsi del Sinistro e allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia di Assicurazione le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

### **Art. 12.3.1 Denunce successive - sospensione delle prestazioni**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua Normale attività lavorativa.

## **Art. 12.4 Perdita di impiego**

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile nel Set informativo o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della Richiesta di Adesione alle Coperture Assicurative, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia della lettera di assunzione o certificazione equipollente;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS).

L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

### **Art. 12.4.1 Denunce successive - sospensione delle prestazioni**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 90 (novanta) giorni



consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione mensile e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente del settore Privato, quest'ultimo dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente del settore Privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

## **Disposizioni comuni**

Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere, direttamente all'Assicurato o agli aventi causa, ulteriori accertamenti medici o documentazioni atti ad una corretta valutazione del Sinistro.

L'Assicurato deve inoltre:

- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie, il cui costo sarà a totale carico delle Compagnie medesime.

## **ART. 13 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEI SUOI AVENTI CAUSA IN CASO DI SINISTRO**

### **Per la garanzia caso Decesso**

In caso di Decesso, i Beneficiari designati possono compilare debitamente l'apposito modulo Denuncia di Sinistro (disponibile nel Set informativo o presso la filiale della Contraente che ha emesso il Contratto di Finanziamento), e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a:

**NET INSURANCE LIFE S.p.A.**

c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

unitamente alla documentazione di cui all'art. 12.1 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

In alternativa, la Banca presso la quale è stato conclusa la Richiesta di Adesione è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

NET INSURANCE LIFE S.p.A. esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore dell'avente diritto entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra, dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore dell'avente diritto sono dovuti gli interessi moratori.

### **Per le garanzie danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego)**

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alla Compagnia di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'Art.1915 C.C.

In caso di Sinistro l'Assicurato, entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro, deve inviare comunicazione di denuncia di sinistro mediante lettera raccomandata A/R a:

**NET INSURANCE S.p.A.**

c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

unitamente alla documentazione prevista nelle Condizioni Generali di Assicurazione, e, specificamente, all'Art. 12.2 per il caso di Invalidità Totale Permanente, all'Art. 12.3 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'Art. 12.4 per il caso di Perdita d'Impiego.

In alternativa, la Banca presso la quale è stato conclusa la Richiesta di Adesione è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.

NET INSURANCE S.p.A. potrà inoltre, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui agli Art. 12.3.1 e 12.4.1.

## **ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI**

Verificatosi l'evento assicurato, le Compagnie di Assicurazione provvederanno ad effettuare il pagamento relativo alle prestazioni garantite dal presente Contratto entro i termini previsti dall'art. 12.



Conseguentemente, l'Assicurato riconosce fin da ora che le Compagnie di Assicurazione saranno liberate dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo ai Beneficiari designati (con riferimento alla copertura Decesso) o all'Assicurato stesso (con riferimento alle Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego).

## **ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI**

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini dei limiti assuntivi di cui precedente art. 3.1.

## **ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI**

Eventuali imposte ed altri oneri futuri relativi al presente Contratto sono a carico dell'Assicurato. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente.

## **ART. 17 COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alle Compagnie di Assicurazione, con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie di Assicurazione saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Aderente/Assicurato sulla Richiesta di Adesione.

## **ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ADERENTE/ASSICURATO**

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Convenzione e a fornire agli Assicurati copia delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

La Contraente terrà indenni e manlevate le Compagnie di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

## **ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA**

Le Compagnie di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

La Compagnia di Assicurazione che presta le Coperture danni rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del Sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto.

## **ART. 20 LEGGE APPLICABILE**

La legge applicabile è quella italiana.

## **ART. 21 FORO COMPETENTE**

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio dell'Aderente/Assicurato o del Beneficiario, o dei loro aventi diritto, fermo l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'art. 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 4/03/2010, come modificato dall'Art. 84 della Legge 9 agosto 2013, n. 98, mediante il deposito di un'istanza da parte del diretto interessato presso un ente pubblico o privato abilitato e debitamente iscritto nel registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. Il procedimento di mediazione è soggetto a regime fiscale agevolato nei termini di cui agli artt. 17 e 20 del Dlgs 28/2010.

## **ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA**

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente al Sinistro formante oggetto di questa Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima del Sinistro.

## **ART. 23 RECLAMI**

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

*per la Copertura Decesso:*

Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

- Posta elettronica certificata: [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

*per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego):*

Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

- Posta elettronica certificata: [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);



- Fax: 06.89326.570

I reclami saranno riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte della Compagnia o dell'Intermediario entro 45 giorni, l'Aderente/Assicurato può rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it) Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

## **ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI**

L'Aderente/Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente Polizza.

## **ART. 25 CONTROVERSIE**

Ferma restando la possibilità delle Parti, per la risoluzione di eventuali controversie, di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto della copertura prestata dal presente Contratto. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. 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.

Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

## **ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE**

Ogni diritto nei confronti delle Compagnie di Assicurazione si prescrive entro il termine di dieci anni per la Copertura Vita e due anni per le Coperture Danni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Compagnie di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

## **ART. 27 SANZIONI**

In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a fornire alcuna Copertura Assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente Contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la stessa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

## **ART. 28 MODIFICHE ALLA RICHIESTA DI ADESIONE**

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione, devono essere approvate dalle Compagnie di Assicurazione.



## ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO (valida per tutti gli Assicurati) – Opzioni 1, 2, 3

### ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

Nel caso di Decesso dell'Assicurato, NET INSURANCE LIFE S.p.A. corrisponderà l'indennizzo di cui al successivo art. 30, qualora:

- a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; NET INSURANCE LIFE S.p.A. corrisponde il Capitale assicurato all'epoca del Sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo art. 30. In caso di estinzione anticipata e surroga del finanziamento si rinvia a quanto previsto all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da Sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato per la copertura caso Decesso resterà acquisito da NET INSURANCE LIFE S.p.A.
- b) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 32;
- c) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 34.

### ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento di un importo pari al Debito residuo previsto dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento calcolato alla data corrispondente al pagamento della rata precedente il decesso al netto di rate insolute. La Copertura Assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente al decesso dell'Assicurato.

Nel caso in cui il Finanziamento preveda più Co-intestatari, il Capitale iniziale assicurato pro capite - massimo due assicurati - non potrà essere superiore all'intero valore/debito erogato del Finanziamento erogato.

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 80.000,00 per ciascun Assicurato, come previsto all'art. 4.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e il Premio pagato per la copertura in caso di Decesso resterà acquisito a NET INSURANCE LIFE S.p.A..

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 11 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

### ART. 31 BENEFICIARI

I Beneficiari della prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato vengono designati dall'Assicurato tramite specifica indicazione riportata nella Richiesta di Adesione.

L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni.

Eventuali revoche o modifiche devono essere fatte con dichiarazione scritta a NET INSURANCE LIFE S.p.A., tramite l'eventuale modulo messo a disposizione dalla Compagnia oppure con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo la morte dell'Assicurato;
- quando l'Assicurato e il Beneficiario abbiano espressamente dichiarato per iscritto a NET INSURANCE LIFE S.p.A., rispettivamente, di rinunciare alla facoltà di revoca e di accettare la designazione di beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto dal Contratto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a NET INSURANCE LIFE S.p.A. di volersi avvalere del beneficio.

Nei casi in cui la designazione di beneficio non possa essere revocata, le operazioni di recesso e liquidazione richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

### ART. 32 ESCLUSIONI

**Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato – salvo quanto diversamente specificato e nei casi in cui il decesso sia causato da:**

- **dolo del Beneficiario e dell'Assicurato;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato**



Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

inoltre, è escluso il Decesso causato da:

- uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere;
- svolgimento delle seguenti attività professionali:
  - forze dell'ordine e forze armate quando in servizio attivo all'Estero
  - attività circensi e stuntman
  - attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

**In questi casi, a parziale deroga di quanto stabilito all'art. 30, la Compagnia corrisponderà quanto viene accantonato di anno in anno per far fronte al rischio Decesso e il Contratto si risolve anticipatamente.**

Gli accertamenti sanitari di base richiesti per l'assunzione del contratto ove necessari sono riportati nell'art. 3 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

## ART. 33 RISCATTO E PRESTITI

**33.1** L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.

**33.2** In relazione alla presente Polizza non sono concedibili prestiti.

## ART. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Decesso, si richiama quanto indicato al precedente articolo 12.1.



## ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(valida per tutti gli Assicurati) – Opzioni 1, 2, 3

### ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60%, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato eserciti o meno un'attività professionale, intervenuti durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 78° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo art. 36.

L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA".

La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati Co-intestatari del medesimo Finanziamento e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del Finanziamento stesso.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 80.000,00 per Assicurato e per Sinistro, come previsto dall'art. 4. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

In caso di anticipata estinzione totale e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 11 delle Condizioni di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli articoli 9 ("Beneficiari delle prestazioni") e 14 ("Pagamento delle prestazioni") che precedono.

### ART. 36 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale Permanente causati da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- stato di ubriachezza/ebbrezza;



- qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
- in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;

- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 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;

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

- uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
- svolgimento delle seguenti attività professionali:
  - forze dell'ordine e forze armate quando in servizio attivo all'Estero
  - attività circensi e stuntman
  - attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

## ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alla Compagnia di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo dell'eventuale Sinistro, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Per il pagamento conseguente all'Invalidità Totale Permanente, la denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e all'apposita comunicazione o al modulo Denuncia di Sinistro deve essere allegata la documentazione specificata al precedente art. 12.2.



## **ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** **(valida solo per i Produttori di reddito ad eccezione dei Non** **Lavoratori o dei Lavoratori Dipendenti del settore Privato con** **contratto a tempo indeterminato) – Opzione 2**

### **ART. 38 PRESTAZIONI ASSICURATE**

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle Rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale, con il massimo di Euro 1.500,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale e per ciascun Assicurato.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che al momento dell'adesione sia Produttore di Reddito e che al giorno in cui si verifica il Sinistro non abbia lo status di Non Lavoratore o di Lavoratore Dipendente del Settore Privato.

Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 39.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale è sottoposta:

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 (sessanta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale venga notificata all'Assicurato nei primi 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurata l'indennità non verrà corrisposta.

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art. 11 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli artt. 9 e 14 che precedono.

### **ART. 39 ESCLUSIONI**

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Inabilità Temporanea Totale causati da:

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;



- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 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;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

- uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, , sport aerei in genere;
- svolgimento delle seguenti attività professionali:
  - forze dell'ordine e forze armate quando in servizio attivo all'Estero
  - attività circensi e stuntman
  - attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

#### ART. 40 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di Riqualficazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua Normale attività lavorativa.

#### ART. 41 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio o malattia l'Assicurato o chi per esso devono darne avviso scritto alla Compagnia di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dall'infortunio o dall'inizio della malattia o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del C.C. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

La denuncia dell'infortunio o della malattia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e all'apposita comunicazione o al modulo Denuncia di Sinistro deve essere allegata la documentazione specificata al precedente art. 12.3.



## ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO

**(valida per i Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato) – Opzione 3**

### ART. 42 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- cause che diano luogo all'indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;

la Compagnia di Assicurazione liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle Rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della Disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Disoccupazione, con il massimo di Euro 1.500,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale e per ciascun Assicurato.

Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 43.

**La Copertura Assicurativa per la Perdita d'Impiego è sottoposta:**

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 (sessanta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.

Qualora la Compagnia di Assicurazione stia pagando le Rate mensili e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente del settore Privato dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Qualora il contratto di lavoro dipendente del settore Privato sia a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, qualora persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi.

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art. 11 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli artt. 9 e 14 che precedono.

### ART. 43 ESCLUSIONI

**Nessun Indennizzo è dovuto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Soggetto diverso da Lavoratore Dipendente del settore Privato con contratto a tempo indeterminato.**

**Nessun Indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia di Assicurazione per il caso di Perdita d'Impiego nei seguenti casi:**

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente del settore Privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 (dodici) mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria o Edilizia;



- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima Disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di Disoccupazione;
- l'Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento.

#### **ART. 44 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Nel caso in cui l'Assicurato, durante il periodo di erogazione della prestazione, si impieghi con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a 6 mesi, la Compagnia di Assicurazione provvederà a sospendere l'erogazione della prestazione ed a riprenderla al termine del periodo di lavoro a tempo determinato senza aprire un nuovo Sinistro per i mesi restanti al raggiungimento di 18 mensilità.

#### **ART. 45 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

L'Assicurato deve, entro 60 (sessanta) giorni dal verificarsi della Disoccupazione, comunicare alla Compagnia di Assicurazione la propria Disoccupazione inviando apposita comunicazione o il modulo Denuncia di Sinistro con allegata la documentazione specificata al precedente art. 12.4.

L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di Assicurazione in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

## INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

### 1) Titolare del trattamento dei dati

Titolari del trattamento sono le Compagnie **Net Insurance S.p.A.** e **Net Insurance Life S.p.A.**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

### 2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati dalle Compagnie, a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con i Titolari (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa). Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

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

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

### 3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalle Compagnie (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui le Compagnie sono soggette;
- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in

## Condizioni di Assicurazione – NET CPI Prestiti

fase stragiudiziale e giudiziale i diritti delle Compagnie. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse delle Compagnie alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

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

Inoltre, le Compagnie tratteranno i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

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

#### 4) Modalità del trattamento dei dati

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

- a. è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- b. avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c. è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

#### 5) Destinatari dei dati

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

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo [responsabileprotezionedati@netinsurance.it](mailto:responsabileprotezionedati@netinsurance.it) ovvero presso la sede delle Compagnie.

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, le Compagnie si impegnano a garantire livelli di tutela e salvaguardia

## Condizioni di Assicurazione – NET CPI Prestiti

anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all’indirizzo [responsabileprotezionedati@netinsurance.it](mailto:responsabileprotezionedati@netinsurance.it) ovvero con lettera raccomandata indirizzata alle Compagnie – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l’elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

### 6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

### 7) Diritti dell’Interessato

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

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

**7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:**

**NET INSURANCE S.p.A.**

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4, 00161 Roma

[ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it)

[ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it)

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

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



## FAC SIMILE DELLA RICHIESTA DI ADESIONE



### Richiesta di adesione n°

Polizze Convenzione n. 818/819 “NET CPI Prestiti” stipulata da CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. (Contraente) con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Possono aderire alle Polizze Convenzione, assumendo la qualifica di Assicurato, fino a un massimo di due cointestatari/garanti del Finanziamento. In caso di due Assicurati, le garanzie saranno operanti pro-quota su ciascun Assicurato, in base alla quota prescelta ed indicata nella presente Richiesta di Adesione.

1) Dati dell'Aderente/Assicurato N. 1			
Cognome	Nome		
Indirizzo di Residenza	Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento		Data e luogo di emissione, Ente emittente
	Tipo	Numero	
Opzione di Prodotto prescelta			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato n. 1 (in caso di Finanziamento cointestato o con garante):  
%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per Finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

2) Dati dell'Aderente/Assicurato N. 2			
Cognome	Nome		
Indirizzo di Residenza	Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento		Data e luogo di emissione, Ente emittente
	Tipo	Numero	
Opzione di Prodotto prescelta			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato n. 2 (in caso di Finanziamento cointestato o con garante):  
%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per Finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

Il sottoscritto/i sottoscritti:

**ADERENTE/ASSICURATO** - In qualità di intestatario/cointestatario/garante del Finanziamento richiesto n. \_\_\_\_\_, importo finanziato in linea capitale da erogare \_\_\_\_\_ Euro, per una durata di \_\_\_\_\_ mesi, presso CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. – codice CAB filiale \_\_\_\_\_.

**ADERENTE/ASSICURATO** - In qualità di intestatario/cointestatario/garante del Finanziamento in corso n. \_\_\_\_\_, importo residuo del debito in linea capitale assicurato \_\_\_\_\_ Euro, per una durata residua di \_\_\_\_\_ mesi, presso CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. – codice CAB filiale \_\_\_\_\_.

Preso atto che CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e in collaborazione con il Broker VALIA S.p.A. una polizza convenzione di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche di CASSA DI RISPARMIO DI BOLZANO S.p.A., o delle sue partecipate o controllate.



**RICHIEDE / RICHIEDONO DI ADERIRE  
ALLE POLIZZE CONVENZIONE N. 818/819 "NET CPI Prestiti"**

<input type="checkbox"/> Opzione di Prodotto 1		
<input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 1 <input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 2		
<b>Riservata a Tutti gli Assicurati Produttori o meno di reddito</b>		
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
<b>AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata</b>		

<input type="checkbox"/> Opzione di Prodotto 2		
<input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 1 <input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 2		
<b>Riservata ai Produttori di reddito ad eccezione dei Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indet.</b>		
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
<b>AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata</b>		

<input type="checkbox"/> Opzione di Prodotto 3		
<input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 1 <input type="checkbox"/> Aderente/Assicurato N. 2		
<b>Riservata ai soli Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato</b>		
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia D) Assicurazione Perdita d'impiego		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
<b>AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata</b>		



SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ADERENTE/ASSICURATO N. 1	
<b>AVVERTENZE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. <b>In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;</b></li> <li>la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.</li> </ul>	
lo sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, ( <u>barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi</u> ):	
<input type="checkbox"/> <b>DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE</b>	
<b>BENEFICIARIO NOMINATO N. 1</b>	
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo / Sede Legale _____ Telefono _____ E-mail _____ Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato <input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro	
<b>BENEFICIARIO NOMINATO N. 2</b>	
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo / Sede Legale _____ Telefono _____ E-mail _____ Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato <input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugi, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro	
<input type="checkbox"/> <b>DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)</b>	
<input type="checkbox"/> <b>DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 2 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)</b>	
<b>INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)</b>	
In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.	
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Indirizzo / Sede Legale _____ Telefono _____ E-mail _____	
<b>AVVERTENZA:</b> l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.	
Luogo e Data _____	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1 _____	



SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ADERENTE/ASSICURATO N. 2							
<b>AVVERTENZE</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. <u>In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;</u></li> <li>• la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.</li> </ul>							
lo sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, ( <u>barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi</u> ):							
<input type="checkbox"/> <b>DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE</b>							
<b>BENEFICIARIO NOMINATO N. 1</b>							
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo / Sede Legale _____ Telefono _____ E-mail _____							
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato <input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugi, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro							
<b>BENEFICIARIO NOMINATO N. 2</b>							
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo / Sede Legale _____ Telefono _____ E-mail _____							
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato <input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugi, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro							
<input type="checkbox"/> <b>DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)</b>							
<input type="checkbox"/> <b>DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 1 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)</b>							
<b>INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)</b>							
In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.							
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Indirizzo / Sede Legale _____ Telefono _____ E-mail _____							
<b>AVVERTENZA:</b> l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>Luogo e Data</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> </table>		<b>Luogo e Data</b>		<b>FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2</b>			
<b>Luogo e Data</b>							
<b>FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2</b>							



## INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi, a carico dell'Aderente/Assicurato:

### ADERENTE/ASSICURATO N. 1

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
<b>Euro</b>	<b>Euro</b>
% <u>71,00 (garanzia vita) / 71,00 (garanzie danni)</u>	% <u>49,01 (garanzia vita) / 49,01 (garanzie danni)</u>

### ADERENTE/ASSICURATO N. 2

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
<b>Euro</b>	<b>Euro</b>
% <u>71,00 (garanzia vita) / 71,00 (garanzie danni)</u>	% <u>49,01 (garanzia vita) / 49,01 (garanzie danni)</u>

## PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Premio unico anticipato</li> </ul>
Mezzi di Pagamento del Premio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bonifico bancario</li> </ul>

## INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL/DEGLI ADERENTE/I / ASSICURATO/I

La Compagnia assume il rischio raccogliendo da ciascun Aderente/Assicurato informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita, mediante richiesta di compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (parte integrante della presente Richiesta di Adesione) oppure, ove necessario in base alle Condizioni di Assicurazione, del QUESTIONARIO ANAMNESTICO, allegando la documentazione medica richiesta dalla Compagnia.

### AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO (OVE PREVISTO)

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, il soggetto di cui alla lettera a) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;
- ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, l'Assicurato non è tenuto a dichiarare le patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato).

## REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- La Richiesta di Adesione alle Polizze Convenzione è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza del contratto.
- L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione:
  - entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte);
  - annualmente, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dalle Condizioni di Assicurazione.
- La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alle Compagnie, anche per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata inviata a:

NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e



c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

## DICHIARAZIONI DEL/DEGLI ADERENTE/I / ASSICURATO/I

### DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE CONVENZIONE ED ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Io sottoscritto Aderente/Assicurato // Noi sottoscritti Aderenti/Assicurati

#### PRESO ATTO

- che la Contraente ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l'opzione da essi prescelta, a NET INSURANCE LIFE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Decesso e a NET INSURANCE S.p.A. una copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita d'impiego;
- che le suddette garanzie si riferiscono alle Polizze Convenzione n. 818/819 che la Contraente ha stipulato con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinata al Finanziamento sopra indicato richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione/esistenza di un Finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla data di scadenza del Finanziamento o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO" (parte integrante della presente Richiesta di Adesione), con risposta negativa a tutte le domande in esso contenute; oppure
  - alla sottoscrizione dell'eventuale "QUESTIONARIO ANAMNESTICO", e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, le Compagnie si riservano o meno di accettare il rischio a seguito dell'esame delle risposte al questionario e della eventuale documentazione medica prodotta.

#### DICHIARO/IAMO

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di non aver compiuto 65 anni;
- di aderire, in qualità di Aderente/Assicurato, alle Polizze Convenzione suindicate, che prevedono il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è quello indicato nella presente Richiesta di Adesione;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1	FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

#### DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

**AVVERTENZA** – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale delle Polizze Convenzione n. 818/819, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

SI DICHIARA, ai sensi dell'art. 120-quater del CAP, di aver scelto di ricevere la trasmissione della documentazione contrattuale e delle comunicazioni previste dalla normativa in vigore durante la vigenza del contratto di assicurazione (**barrare una tra le opzioni di seguito riportate**):

ADERENTE/ASSICURATO N. 1	ADERENTE/ASSICURATO N. 2
<input type="checkbox"/> via e-mail in formato digitale (agli indirizzi di posta elettronica forniti in anagrafica) e su area riservata; <input type="checkbox"/> in formato cartaceo.	<input type="checkbox"/> via e-mail in formato digitale (agli indirizzi di posta elettronica forniti in anagrafica) e su area riservata; <input type="checkbox"/> in formato cartaceo.
Indirizzo e-mail di ricezione:	Indirizzo e-mail di ricezione:

Tale dichiarazione potrà essere modificata liberamente da ciascun Aderente/Assicurato in qualsiasi momento.

DICHIARO/IAMO ALTRESI' di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale delle Polizze Convenzione n. 818/819 e di averne preso piena visione:



- a) Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018: “Informazioni sul distributore” e “Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non -IBIP”;
- b) Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d’investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018; Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario); Richiesta di Adesione (fac-simile).

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1	FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

#### DICHIARO/IAMO

- di approvare specificatamente, ai sensi dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, gli articoli delle sopraindicate Condizioni di Assicurazione:

Art. 3 Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione - Art. 4 Limiti di indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Art. 7 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 8 Diritto di recesso - Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 13 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione dei diritti - Artt. 30 - 35 - 38 - 42 Prestazioni assicurate - Artt. 32 - 36 - 39 - 43 Esclusioni.

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1	FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ADERENTE/ASSICURATO N. 1

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ nella sua qualità di interessato, letta e compresa  
 l'informativa privacy presente nel Set Informativo:

- a) Per il trattamento dei Suoi dati di natura particolare (es. dati relativi allo stato di salute), per le finalità e con le modalità in essa illustrate, consapevole che il trattamento di tali dati è necessario per dare esecuzione ad alcune attività del rapporto contrattuale (ad es., gestione dei sinistri)

presta il consenso

- b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 1




## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ADERENTE/ASSICURATO N. 2

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ nella sua qualità di interessato, letta e compresa  
l'informativa privacy presente nel Set Informativo:

- c) Per il trattamento dei Suoi dati di natura particolare (es. dati relativi allo stato di salute), per le finalità e con le modalità in essa illustrate, consapevole che il trattamento di tali dati è necessario per dare esecuzione ad alcune attività del rapporto contrattuale (ad es., gestione dei sinistri).

presta il consenso

- d) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2



## QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO



NET CPI Prestiti N° 818/819

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_ NATO/A IL: \_\_\_\_\_

N° ADESIONE: \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (da compilarsi a cura dell'Assicurato)	Fare una croce nella casella del SI o del NO
1. Lei è attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Lei è attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Lei è attualmente sottoposto per una durata > 30 giorni ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Lei è stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura (ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, l'Assicurato non è tenuto a dichiarare le patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. La differenza tra la Sua altezza in centimetri <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ed il Suo peso in chilogrammi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. È mai risultato positivo al Covid19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. L'infezione al Covid19: :	
a) Le ha comportato un ricovero presso una struttura sanitaria in un reparto di terapia intensiva o sub-intensiva o supporto nella ventilazione a domicilio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

L'ASSICURATO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO



### QUESTIONARIO ANAMNESTICO – NET CPI Prestiti N° 818/819

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_ NATO/A IL: \_\_\_\_\_

ADESIONE: \_\_\_\_\_

#### AVVERTENZA SULLE MODALITÀ DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLA COMPAGNIA

Il presente Questionario Anamnestico potrà essere trasmesso alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.:

- direttamente dall'operatore della Contraente con le modalità convenute con le Compagnie di assicurazione;
- direttamente dall'Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato delle Compagnie di assicurazione, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. - c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, ovvero con ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

**IMPORTANTE** - In ogni caso, il Questionario Anamnestico deve essere fatto pervenire alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A., sempre unitamente al consenso al trattamento dei dati personali rilasciato dall'Assicurato. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, le Compagnie di assicurazione non potranno processare la posizione assicurativa.

#### AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO

In caso di compilazione del Questionario Anamnestico, si avverte di quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;
- c) le compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. si riservano il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta;
- d) ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, l'Assicurato non è tenuto a dichiarare le patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato).

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. Le compagnie di assicurazione si riservano di chiedere documentazione medica supplementare.

Altezza: ..... cm    Peso: ..... kg    Differenza (Altezza - Peso): .....	In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste	
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quando? ..... Per quale motivo? .....
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? ..... Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? ..... Da quando? .....
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Percentuale(i)? .....% Da quando? ..... (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? .....
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Per quanto tempo? .....
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? ..... Quando? ..... Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni: • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata? .....





## MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO



ABI	CAB	SPORTELLO	POLIZZE CONVENZIONE	N° ADESIONE
-----	-----	-----------	------------------------	-------------

### DENUNCIA DI SINISTRO

La preghiamo di compilare il presente modulo in stampatello e di consegnarlo alla sua Banca che provvederà ad inviarlo, unitamente alla documentazione richiesta, alla Compagnia competente.

ASSICURATO (Cognome e Nome): \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

#### Dati relativi all'Assicurato / Avente Causa

Cognome e nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento (tipo e numero) \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_

#### Riquadro da compilare in caso di decesso dell'Assicurato

L'Avente Causa dichiara che si è verificato il decesso dell'Assicurato in data: \_\_\_\_\_

Compagnia competente in caso di decesso dell'Assicurato: **NET INSURANCE LIFE S.p.A.**

Per ogni informazione a Lei necessaria:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149  
mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)

#### L'Assicurato dichiara di essere:

- Occupato settore privato con contratto a tempo indeterminato;
- Occupato settore pubblico;
- Occupato con contratto a tempo determinato, a progetto;
- Autonomo/Libero professionista;
- Non occupato, studente, casalinga, pensionato

Sinistro avvenuto il \_\_\_\_\_ a seguito di (breve descrizione modalità sinistro):  
\_\_\_\_\_

Compagnia competente in caso di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato: **NET INSURANCE S.p.A.**

Per ogni informazione a Lei necessaria:

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149  
mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)

#### RIFERIMENTI BANCARI PER IL PAGAMENTO

IBAN \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

Mod.DENSIN CPI ed.10-21



## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN BASE ALLA TIPOLOGIA DEL SINISTRO:

### Per tutti i sinistri:

- copia della Richiesta di Adesione alla polizza assicurativa comprensiva del Questionario Medico Semplificato e/o Questionario Anamnestico, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- copia integrale del piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento, in capo all'Assicurato, sottoscritto dal responsabile della filiale presso cui è stato acceso il Finanziamento.

### DECESSO dell'Assicurato - valida per tutti gli Assicurati - :

- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- RELAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO CURANTE attestante la causa del decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
  - copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
  - verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso.
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento
- se non esiste testamento:
  - dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi ed il grado di parentela;
- una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte in presenza dell'Intermediario o con firma autenticata da un Pubblico Ufficiale che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari, firmata dagli intestatari dei documenti;
  - in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
  - in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del capitale.

### INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:

- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.



**INABILITA' TEMPORANEA TOTALE** *(solo per i prodotti che prevedono tale garanzia):*

- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione della Banca attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

**PERDITA D'IMPIEGO** *(solo per i prodotti che prevedono tale garanzia):*

- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS).

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie Titolari del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), contenuta all'interno del Set informativo precontrattuale, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

(Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa)

\_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Visto Banca per identificazione  
dell'Assicurato/Avente Causa

Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa

\_\_\_\_\_



## CONTATTI UTILI

Sito [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it)

### PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

- per la Copertura Vita (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano ;  
mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)
- per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente): VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano;  
mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)

### PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

VALIA S.p.A. Corso Sempione 65, 20149 Milano

mail: [info@valiabroker.com](mailto:info@valiabroker.com)

Tel. 02 30567814

### PER INOLTARE UN RECLAMO

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA

Fax +39 06 89326570

PEC [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it)

