



Net Insurance Life S.p.A.

Società per Azioni con unico socio
Partita I.V.A. e C. F. 09645901001
Numero REA RM 1178765

Sede Legale

Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00135 Roma

Tel. 06 36724.1 - Fax 06 36724.800

info@netinsurancelife.it

www.netinsurancelife.it

Società soggetta a direzione e coordinamento di Net Insurance S.p.A.

CONTRATTO DI PURO RISCHIO

Fascicolo Informativo

**POLIZZA "TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE
DECRESCENTE A PREMIO UNICO ANTICIPATO"
ABBINATA A MUTUI**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA, LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, IL GLOSSARIO E LA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE ED ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

**Prima della sottoscrizione
leggere attentamente la Nota Informativa**

Mod. NL/0010/1



Net Insurance Life S.p.A.

Capitale Sociale € 5.000.000 i.v.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con provvedimento ISVAP n. 2591 del 14 febbraio 2008

Iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00164 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi ISVAP n. 23

Mod. NL/0010/1 - Ed. 05.2009

SOMMARIO

| | | |
|--|------|----|
| Nota Informativa | pag. | 1 |
| Condizioni di Assicurazione e Glossario | pag. | 6 |
| Proposta di Assicurazione (Mod. NL/0010/2) | pag. | 12 |
| Rapporto del Medico (Mod. NL/0010/3) | pag. | 13 |

POLIZZA “TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE DECRESCENTE A PREMIO UNICO ANTICIPATO” ABBINATA A MUTUI

NOTA INFORMATIVA

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

La presente Nota Informativa, che illustra le caratteristiche principali del prodotto assicurativo, non sostituisce le Condizioni di Assicurazione di cui l'Assicurato deve prendere visione prima della sottoscrizione del contratto.

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

1. Informazioni generali

Net Insurance Life S.p.A. - Società per Azioni con unico socio, Codice Fiscale: 09645901001, Numero REA: RM-1178765, Sede Legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici n. 40 - 00135 Roma - autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con Provvedimento ISVAP n. 2591 del 14 febbraio 2008, iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00164, iscrizione Albo Gruppo Assicurativi ISVAP n. 23.

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

Sito Internet: www.netinsurancelife.it - indirizzo e-mail: info@netinsurancelife.it.

La Società di revisione e certificazione è K.P.M.G. S.p.A. - Via Ettore Petrolini, 2 - 00197 Roma.

Net Insurance Life S.p.A. è soggetta a direzione e coordinamento di Net Insurance S.p.A., Sede Legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici n. 40 - 00135 Roma.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto: 6,721 milioni di euro, di cui 5 milioni di euro di capitale sociale e 1,721 di riserve patrimoniali.

3. Conflitto di interessi

Il presente prodotto assicurativo non presenta situazioni in conflitto di interessi. Nessun accordo per il riconoscimento di utilità specifiche è stato stipulato dall'Assicuratore con terze parti.

In ogni caso l'Assicuratore, pur in presenza di conflitto di interessi:

- opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti ed agli Assicurati;
- si impegna ad ottenere per i Contraenti e per gli Assicurati il migliore risultato possibile.

Il Contraente non ha alcun obbligo di esclusiva con l'Assicuratore.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

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

4. Prestazione Assicurata e garanzie offerte

Il contratto di assicurazione qui descritto è un'assicurazione temporanea in caso di morte, a capitale decrescente ed a Premio unico anticipato, studiata per coloro che hanno stipulato un contratto di mutuo.

L'Assicurato è il mutuatario. Il Contraente è l'Assicurato stesso.

I Beneficiari della prestazione assicurata saranno i soggetti designati dall'Assicurato o, in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dello stesso Assicurato.

La durata del contratto di assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 5 anni e maggiore di 40 anni.

L'età dell'Assicurato alla sottoscrizione del contratto deve essere compresa tra 18 e 65 anni mentre l'età a scadenza non può risultare superiore a 75 anni.

Nel caso in cui il contratto di mutuo sia stato stipulato da più persone, si considera assicurata la persona indicata nella Proposta di Assicurazione.

Prestazione Assicurata in caso di decesso

L'Assicuratore garantisce in caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, la corresponsione al Beneficiario della Prestazione Assicurata, in unica soluzione, pari al debito residuo, in linea capitale, computato alla data del decesso.

Il Premio unico versato viene utilizzato per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto **nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato** alla scadenza del contratto di assicurazione. Il Premio corrisposto resterà quindi acquisito dall'Assicuratore.

L'assunzione del rischio avviene sulla base dei dati relativi allo stato di salute forniti dall'Assicurando secondo le seguenti modalità:

| PRESTAZIONE ASSICURATA | ETÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE DA 18 A 60 ANNI COMPIUTI | ETÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE DA 61 A 65 ANNI COMPIUTI |
|---|--|--|
| Fino a: Euro 200.000,00 | <ol style="list-style-type: none">Dichiarazione di buono stato di salute contenuta nella Proposta di Assicurazione.Rapporto del Medico (diverso dal medico di base) in caso di mancata sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute contenuta nella Proposta di AssicurazioneRapporto del Medico (diverso dal medico di base) qualora l'Assicurando intenda ottenere una copertura senza Carenza secondo quanto indicato all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione. | Rapporto del Medico (diverso dal medico di base) |
| Oltre Euro 200.000,00 e fino a Euro 300.000,00 | Rapporto del Medico (diverso dal medico di base) | Rapporto del Medico (diverso dal medico di base) |
| Oltre Euro 300.000,00 e fino a Euro 500.000,00 | <ul style="list-style-type: none">Rapporto del Medico (diverso dal medico di base) .Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue: emocromo completo, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, Glicemia, Hbs Ag e HCV.Elettrocardiogramma con prova da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard e con tracciato completo. | <ul style="list-style-type: none">Rapporto del Medico (diverso dal medico di base) .Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue:<ul style="list-style-type: none">emocromo completo, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, Glicemia, Hbs Ag e HCVElettrocardiogramma con prova da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard e con tracciato completo. |

Allo scopo di potere adeguatamente valutare il rischio da assumere, l'Assicuratore ha comunque diritto, a suo insindacabile giudizio, di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella sopra indicata.

L'Assicuratore, una volta esaminato il rischio, valuterà a suo insindacabile giudizio l'accettazione o il rifiuto della Proposta di Assicurazione.

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

Infatti, le dichiarazioni dell'Assicurato, rese in fase pre-contrattuale devono essere complete e veritiere.

All'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione è quindi previsto che in caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'Assicurazione, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, l'Assicuratore:

- a) *quando esiste dolo o colpa grave, ha il diritto, in caso di decesso avvenuto in qualunque momento, di rifiutare il pagamento della Prestazione Assicurata;*
- b) *quando non esiste mala fede o colpa grave, ha il diritto, in caso di decesso avvenuto entro i sei mesi immediatamente successivi alla conclusione del contratto di assicurazione, di ridurre la Prestazione Assicurata in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.*

Carenza

Come sopra indicato, per capitali assicurati fino a Euro 200.000 o per età alla stipula fino a 60 anni, non è obbligatoria la produzione del Rapporto del Medico.

Si suggerisce comunque all'Assicurato di produrre tale referto in quanto, così come indicato all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione, nei casi in cui l'assicurazione sia stata stipulata senza che l'Assicurato abbia preventivamente prodotto il Rapporto del Medico, la garanzia non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i sei mesi immediatamente successivi alla conclusione del contratto di assicurazione.

Tale Carenza non è operante qualora il decesso sia dovuto a infortunio o ad un elenco di malattie indicate all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Esclusioni e limitazioni di copertura

Si raccomanda la lettura dell'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione ove si prevede che la garanzia è esclusa in caso di decesso dell'Assicurato derivante da:

- 1 guerra (anche non dichiarata), invasione, insurrezione;
- 2 contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;
- 3 trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, da accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);
- 4 eruzione vulcanica;
- 5 suicidio dell'Assicurato avvenuto nei primi 24 mesi di durata dell'assicurazione.

Estinzione anticipata del finanziamento

In caso di estinzione anticipata del finanziamento, valgono le norme indicate all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Premio

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio unico anticipato il cui importo è indicato nel Certificato di Polizza consegnato al Contraente.

L'entità del Premio dipende dall'importo del capitale assicurato, dalla durata dell'Assicurazione, dall'età, dal sesso e dallo stato di salute dell'Assicurato.

Ai fini del computo dell'età, qualora dal compimento dell'anno di età siano trascorsi 6 mesi, l'età viene aumentata di un anno.

Modalità di pagamento del Premio: Bonifico bancario o assegno non trasferibile a favore della Net Insurance Life S.p.A. o dell'Intermediario di Assicurazione incaricato.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Riportiamo qui di seguito alcune esemplificazioni degli importi di Premio unico richiesti per la specifica copertura assicurativa, relativi alle diverse combinazioni di età, sesso e durata dell'assicurazione indicate nelle tabelle seguenti.

Gli importi indicati in tabella non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio allo stato di salute dell'Assicurato, che potranno essere effettuate solo dopo che questi abbia reso le necessarie informazioni nella dichiarazione sanitaria contenuta nella Proposta di Assicurazione e, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica.

IMPORTI DI PREMIO UNICO (IN EURO)

Capitale assicurato: Euro **100.000,00**

Sesso: Maschio

| ETÀ ALLA STIPULA | DURATA POLIZZA (ANNI) | 10 | 15 |
|------------------|-----------------------|-------|-------|
| 30 | | 608 | 976 |
| 35 | | 782 | 1320 |
| 40 | | 1.131 | 1.980 |
| 45 | | 1.784 | 3.168 |
| 50 | | 2.914 | 5.178 |

IMPORTI DI PREMIO UNICO (IN EURO)

Capitale assicurato: Euro **100.000,00**

Sesso: Femmina

| ETÀ ALLA STIPULA | DURATA POLIZZA (ANNI) | 10 | 15 |
|------------------|-----------------------|-------|-------|
| 30 | | 262 | 453 |
| 35 | | 400 | 701 |
| 40 | | 628 | 1.106 |
| 45 | | 1.007 | 1.770 |
| 50 | | 1.604 | 2.752 |

IMPORTI DI PREMIO UNICO (IN EURO)

Capitale assicurato: Euro **100.000,00**

Sesso: Maschio

| ETÀ ALLA STIPULA | DURATA POLIZZA (ANNI) | 20 | 25 |
|------------------|-----------------------|-------|--------|
| 30 | | 1.454 | 2.103 |
| 35 | | 2.061 | 3.099 |
| 40 | | 3.178 | 4.861 |
| 45 | | 5.118 | 7.771 |
| 50 | | 8.256 | 12.440 |

IMPORTI DI PREMIO UNICO (IN EURO)

Capitale assicurato: Euro **100.000,00**

Sesso: Femmina

| ETÀ ALLA STIPULA | DURATA POLIZZA (ANNI) | 20 | 25 |
|------------------|-----------------------|-------|-------|
| 30 | | 715 | 1.078 |
| 35 | | 1.117 | 1.694 |
| 40 | | 1.770 | 2.647 |
| 45 | | 2.776 | 4.117 |
| 50 | | 4.291 | 6.434 |

C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

Il computo del Premio non prevede l'applicazione di diritti o accessori. Il Premio non è soggetto a sconti.

Allo stato della normativa vigente, il Premio non è soggetto ad imposta.

I costi del Rapporto del Medico o di altra documentazione sanitaria richiesta dall'Assicuratore per la valutazione del rischio, sono a carico dell'Assicurato.

Le somme corrisposte dall'Assicuratore sono esenti da tassazioni IRPEF (art. 34 del D.P.R. n. 601/73) e da imposte di successione.

I costi di acquisizione e di amministrazione sono pari al 30% del Premio pagato.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

6. Modalità di perfezionamento del contratto

Il Contratto di Assicurazione si conclude nel momento in cui il Contraente viene a conoscenza dell'accettazione, da parte dell'Assicuratore, della Proposta di Assicurazione.

La garanzia decorre dall'inizio del piano di ammortamento del mutuo e termina con lo scadere del piano di ammortamento medesimo.

7. Risoluzione del contratto

Il Contratto di Assicurazione si estingue:

- in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto nel corso della durata contrattuale;
- in caso di Recesso;
- alla Scadenza dell'Assicurazione.

8. Revoca della Proposta di Assicurazione

Il Contraente ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione fino al momento di Conclusione del contratto di assicurazione.

La Revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto a mezzo raccomandata A.R. o fax.

Dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione di Revoca, l'Assicuratore è liberato da ogni obbligazione connessa all'Assicurazione, fermo l'obbligo di cui al successivo capoverso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla Revoca, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente versato.

Non si provvede al rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

9. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto di assicurazione entro 30 giorni dalla Conclusione del contratto di assicurazione.

L'esercizio del diritto di Recesso implica la risoluzione dell'Assicurazione e, qualora non sia stato effettuato il versamento del Premio, l'impegno ad esso relativo si intende automaticamente annullato.

La volontà di recedere dal contratto di assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto a mezzo raccomandata A.R. o fax entro il termine di cui sopra ed avrà effetto dal momento in cui essa perviene all'Assicuratore.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al Recesso, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente versato.

Non si provvede al rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

10. Riscatto, e riduzione

Non previsti.

11. Documentazione da consegnare all'Assicuratore per il pagamento della Prestazione Assicurata

La materia è disciplinata dall'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore entro 365 giorni, corredando l'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata di:

- a) originale del certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente;
- b) certificato del medico che ha constatato il decesso;
- c) copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;
- d) verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale;
- e) copia del Contratto di Mutuo, comprensiva dell'originario piano di Ammortamento del finanziamento;
- f) conto estintivo del finanziamento, recante indicazione del debito residuo.

In caso di avvenuta estinzione anticipata del finanziamento, di cui all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione, gli aventi diritto dovranno produrre in sostituzione di quanto indicato alla lettera f), la certificazione, rilasciata dall'istituto Mutuante, dell'avvenuta estinzione del finanziamento.

Qualora l'Assicurato non avesse preventivamente indicato all'Assicuratore il Beneficiario, gli eredi legittimi o testamentari dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore:

- copia autentica del testamento, se esistente;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi;
- decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario

- sia minorenne o incapace di attendere;
- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

12. Pagamento della Prestazione Assicurata

L'Assicuratore riscontra la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, fatta a suo favore dall'Assicurato, un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione. Ciò comporta, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

13. Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del C. C. , le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

14. Prescrizione

Si rammenta che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art. 2952 del Codice Civile.

15. Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia al diritto di surrogazione verso i responsabili del Sinistro.

16. Legge applicabile al contratto

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

17. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ed ogni documento ad esso allegato, viene redatto in lingua italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà l'Assicuratore a proporre quella da utilizzare.

18. Reclami

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

Net Insurance Life S.p.A.

Ufficio Reclami

Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00135 Roma

Fax 06 36724.200 – E-mail: info@netinsurancelife.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42133000, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Devono essere inoltrati direttamente all'ISVAP:

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

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

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

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

19. Informativa in corso di contratto

L'Assicuratore comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

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

*Il Rappresentante Legale
Presidente
(Dr. Giuseppe Caruso)*

POLIZZA INDIVIDUALE “TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE DECRESCENTE A PREMIO UNICO ANTICIPATO” ABBINATA A MUTUI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Fra Net Insurance Life S.p.A. - Società per Azioni con unico socio, Codice Fiscale: 09645901001, Numero REA: RM-1178765, Sede Legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici n. 40 - 00135 Roma (più avanti denominato anche “Assicuratore”) e l’Istituto bancario/finanziario indicato nella “Proposta di Assicurazione” Mod. NL/0010/2 (più avanti denominato anche “Contraente” o “Istituto Mutuante”), si pattuisce la “Convenzione” di cui al seguito.

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Ammortamento

Modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata a titolo di finanziamento. Il piano di Ammortamento è formulato secondo il metodo denominato “alla francese”.

Assicurato

Il mutuatario, persona fisica che ha stipulato il Contratto di Mutuo con l’Istituto Mutuante.

Assicuratore

Net Insurance Life S.p.A.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione stipulato tra il Contraente e l’Assicuratore.

Beneficiario

Il soggetto cui l’Assicuratore deve corrispondere la Prestazione Assicurata in caso di Sinistro.

Carenza

È il periodo di tempo immediatamente successivo alla Conclusione del contratto di assicurazione durante il quale la copertura assicurativa non è operante.

Certificato di Polizza

Il documento che prova l’accettazione, da parte dell’Assicuratore, della Proposta di Assicurazione e che pertanto prova la stipula dell’Assicurazione.

Il Certificato di Polizza viene sottoscritto dal Contraente e dall’Assicuratore.

Conclusione del contratto di assicurazione

Il momento in cui il Contraente viene a conoscenza dell’accettazione, da parte dell’Assicuratore, della Proposta di Assicurazione.

Contraente

Il mutuatario.

Contratto di Mutuo

Contratto di finanziamento disciplinato dagli artt. 38 e seguenti del D.Lgs. del 1° settembre 1993 (Testo Unico sulle leggi in materia bancaria e creditizia) - stipulato tra il Contraente e l’Istituto Mutuante.

Debito Residuo

L’importo del residuo, in linea capitale, del finanziamento, dovuto dall’Assicurato all’Istituto Mutuante (con esclusione di qualsiasi importo dovuto dall’Assicurato ad altro titolo, ad esempio: rate scadute, interessi, penali), calcolato in base al piano di Ammortamento concordato al momento della stipula del Contratto di Mutuo.

Durata dell’Assicurazione

È il periodo di copertura assicurativa, pari a quello dell’Ammortamento.

Fascicolo Informativo

L’insieme della documentazione informativa, redatta secondo le disposizioni dell’ISVAP, da consegnare al Contraente ed all’Assicurato, composto da:

1. Nota Informativa;
2. Glossario e Condizioni di Assicurazione;
3. Proposta di Assicurazione.

Impignorabilità e inalienabilità

Principio secondo cui le somme dovute dall’Assicuratore al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e che determini la morte dell'Assicurato.

Sono inoltre parificati agli Infortuni:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. l'annegamento;
4. l'assideramento o il congelamento;
5. i colpi di sole o di calore;
6. gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Istituto Mutuante

L'Istituto bancario che ha stipulato il Contratto di Mutuo con il Contraente.

ISVAP

L'acronimo di "Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo", ossia l'organo di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attività di assicurazione.

L'ISVAP ha sede in Roma, Via del Quirinale, 21 - tel. 06 42133000 - fax 06.42133206.

Nota Informativa

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

Premio

L'importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini fissati dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazione Assicurata

La somma, pagabile sotto forma di capitale, che l'Assicuratore corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato.

Proposta di Assicurazione

La formale domanda all'Assicuratore di stipulare l'Assicurazione.

Recesso

Diritto del Contraente di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la Proposta di Assicurazione prima della Conclusione del contratto di assicurazione.

Riserva Matematica

Importo che deve essere accantonato dall'Assicuratore, ai sensi di legge, per far fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli Assicurati.

Scadenza dell'Assicurazione

La fine del periodo di Durata dell'Assicurazione.

Sinistro

Il decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

PREMESSA

Premesso che:

- a) il Contraente ha stipulato il Contratto di Mutuo con l'Istituto Mutuante;
- b) il Contraente ha necessità di tutelarsi, per il rischio di decesso avvenuto nel corso del periodo di Ammortamento;
- c) l'Assicuratore conferma al Contraente di intendere obbligarsi, nei termini giuridici sotto indicati, a prestare la copertura assicurativa di cui al precedente punto b);

Nell'ambito del "Glossario" e della "Premessa" di cui sopra - che formano parte integrante della presente pattuizione - tra l'Assicuratore ed il Contraente si stipula la seguente Assicurazione:

Art. 1 - Contratti di Mutuo oggetto dell'Assicurazione

Sono oggetto della presente Assicurazione esclusivamente i Contratti di Mutuo aventi:

- un periodo di Ammortamento di durata minima di 5 anni e massima di 40 anni;
- quale parte mutuataria, una persona fisica di età, al momento della stipula del Contratto di Mutuo, di età non inferiore a 18

anni e non superiore a 65 anni;

· quale parte mutuataria, una persona fisica di età, al termine dell'Ammortamento, di età non superiore a 75 anni.

Art. 2 – Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione Assicurata

L'Assicuratore garantisce in caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di Durata dell'Assicurazione, la corresponsione al Beneficiario della Prestazione Assicurata, in unica soluzione, pari al Debito Residuo risultante alla data del decesso. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di durata dell'Assicurazione, questa si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dall'Assicuratore.

Nel caso in cui il Contratto di Mutuo sia stato stipulato da più persone fisiche, si considera assicurata la persona che ha sottoscritto la Proposta di Assicurazione.

Art. 3 - Beneficiario della Prestazione Assicurata

I Beneficiari della Prestazione Assicurata saranno i soggetti designati dal Contraente o, in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Art. 4 - Estinzione anticipata del finanziamento – Accollo – Surroga

La garanzia rimane attiva per la durata originariamente stabilita in caso di:

- estinzione del finanziamento prima della scadenza dell'originario piano di Ammortamento;
- liberazione del mutuatario dalle obbligazioni derivanti dal finanziamento per accollo del Mutuo a nuovo mutuatario, previo consenso dell'Istituto Mutuante originario ai sensi del secondo comma dell'art. 1273 del Codice Civile;
- surrogazione di nuovo Istituto Mutuante per volontà del mutuatario ai sensi dell'art. 1202 del Codice Civile.

Nei casi di cui sopra, il Contraente avrà la facoltà di designare un nuovo Beneficiario con comunicazione da inoltrarsi all'Assicuratore a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Qualora alla stipula dell'Assicurazione sia stato designato l'Istituto Mutuante quale Beneficiario, in mancanza di nuova designazione saranno automaticamente considerati Beneficiari, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, l'Assicuratore corrisponderà al Beneficiario, identificato secondo il disposto dei due precedenti capoversi, la Prestazione Assicurata, in unica soluzione, per un importo pari a quello che, alla data del decesso, sarebbe stato il Debito Residuo se il finanziamento non fosse stato estinto.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla fine del periodo di Durata dell'Assicurazione, questa si considera cessata ed il Premio resterà acquisito dall'Assicuratore.

Art. 5 - Risoluzione del contratto di assicurazione

L'Assicurazione cessa:

- in caso di pagamento, a qualsiasi Beneficiario, della Prestazione Assicurata che pertanto può essere corrisposta una sola volta;
- alla Scadenza dell'Assicurazione;
- in caso di Recesso.

Art. 6 - Riscatto e riduzione.

L'Assicurazione non prevede il riscatto o la riduzione delle somme assicurate.

Art. 7 - Revoca della Proposta di Assicurazione

Il Contraente ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione fino al momento di Conclusione del contratto di assicurazione.

La Revoca della Proposta di Assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto a mezzo raccomandata A.R. o fax.

Dalle ore 24 del giorno di ricezione della comunicazione di Revoca, l'Assicuratore è liberato da ogni obbligazione connessa all'Assicurazione, fermo l'obbligo di cui al successivo capoverso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla Revoca, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente versato.

Non si provvede al rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

Art. 8 - Diritto di Recesso

Il Contraente può recedere dal contratto di assicurazione entro 30 giorni dalla Conclusione del contratto di assicurazione.

L'esercizio del diritto di Recesso implica la risoluzione dell'Assicurazione e, qualora non sia stato effettuato il versamento del Premio, l'impegno ad esso relativo si intende automaticamente annullato.

La volontà di recedere dal contratto di assicurazione deve essere comunicata all'Assicuratore per iscritto a mezzo raccomandata A.R. o fax entro il termine di cui sopra ed avrà effetto dal momento in cui essa perviene all'Assicuratore.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al Recesso, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il Premio da questi eventualmente versato.

Non si provvede al rimborso, a favore dell'Assicuratore, di spese di emissione in quanto non previste.

Art. 9 - Esclusioni

Costituiscono causa di annullamento dell'Assicurazione e comportano pertanto l'esclusione della garanzia assicurativa:

- **l'inesistenza del Contratto di Mutuo;**
- **la mancata erogazione del finanziamento.**

La garanzia è esclusa in caso di decesso dell'Assicurato derivante da:

- 1. guerra (anche non dichiarata), invasione, insurrezione;**
- 2. contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;**

3. *trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, da accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);*
4. *eruzione vulcanica;*
5. *suicidio avvenuto nei primi 24 mesi di durata dell'Assicurazione.*

Art. 10 - Durata dell'Assicurazione

- **Decorrenza e termine della garanzia assicurativa**
- **Pagamento del Premio**

La Durata dell'Assicurazione è pari a quella del rapporto di finanziamento e cessa alla Scadenza senza tacito rinnovo.

Salvo la Carenza di cui al successivo **Art. 11**, la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di inizio del piano di Ammortamento se il Premio è stato pagato dal Contraente, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Art. 11 - Carenza

Nei casi in cui la presente Assicurazione sia stata stipulata senza che l'Assicurato abbia preventivamente prodotto il Rapporto del Medico, la garanzia non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i sei mesi immediatamente successivi alla Conclusione del contratto di assicurazione.

Tale Carenza non è operante qualora il decesso sia dovuto a:

- *Infortunio;*
- *una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la Conclusione del contratto di assicurazione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, febbri puerperali, tifo esantematico, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica, tetano, carbonchio;*
- *shock anafilattico.*

Art. 12 - Dichiarazioni dell'Assicurato

Le dichiarazioni dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e, se previsto, del Rapporto del Medico, devono essere complete e veritiere (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'Assicurazione, o non l'avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, l'Assicuratore:

- c) *quando esiste dolo o colpa grave, ha il diritto, in caso di Sinistro avvenuto in qualunque momento, di rifiutare il pagamento della Prestazione Assicurata;*
- d) *quando non esiste mala fede o colpa grave, ha il diritto, in caso di Sinistro avvenuto entro i sei mesi immediatamente successivi alla Conclusione del contratto di assicurazione, di ridurre la Prestazione Assicurata in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.*

Art. 13 - Obblighi in caso di Sinistro – Pagamento della Prestazione Assicurata

13.1. Sinistro avvenuto in corso di Ammortamento

In caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore entro 365 giorni dal momento in cui sono venuti a conoscenza del Sinistro, corredando l'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata di:

- originale del certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente;
- certificato del medico che ha constatato il decesso;
- copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;
- verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale;
- copia del Contratto di Mutuo, comprensiva dell'originario piano di Ammortamento del finanziamento;
- conto estintivo del finanziamento, recante indicazione del Debito Residuo.

L'Assicuratore riscontra la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

13.2. Sinistro avvenuto a finanziamento già preventivamente estinto

In caso di avvenuta estinzione anticipata del finanziamento, di cui al precedente **Art. 4**, in caso di decesso dell'Assicurato gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore entro 365 giorni dal momento in cui sono venuti a conoscenza del Sinistro, corredando l'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata di:

- originale del certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente;
- certificato del medico che ha constatato il decesso;
- copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;
- verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale;
- copia del Contratto di Mutuo, comprensiva dell'originario piano di Ammortamento del finanziamento;
- certificazione, rilasciata dall'Istituto Mutuante, dell'avvenuta estinzione del finanziamento.

Qualora l'Assicurato non avesse preventivamente indicato all'Assicuratore il Beneficiario, gli eredi legittimi o testamentari dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore:

- copia autentica del testamento, se esistente;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi;

- decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di attendere;
- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

L'Assicuratore riscontra la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

Art. 14 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia al diritto di surrogazione verso i responsabili del Sinistro.

Art. 15 - Prescrizione

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

Art. 16 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nella Proposta di Assicurazione e nella documentazione a corredo di questa.

Art. 17 - Premio di assicurazione

La Prestazioni Assicurata viene garantita dietro il pagamento di un Premio unico ed anticipato per tutta la durata dell'Assicurazione.

Art. 18 - Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre assicurazioni riguardanti gli stessi rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

Art. 19 - Modifiche dell'Assicurazione

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

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

Art. 20 - Comunicazioni

Le comunicazioni tra le parti devono essere effettuate a mezzo raccomandata A.R.

Le comunicazioni all'Assicuratore devono essere inoltrate alla relativa sede legale.

Art. 21 - Imposte e tasse

Le imposte e le tasse relative alla presente Assicurazione sono a carico del Contraente.

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

Allo stato della normativa, il Premio non è soggetto ad imposta.

Art. 22 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per i decessi avvenuti in qualsiasi parte del mondo.

Art. 23 - Reclami

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

Net Insurance Life S.p.A.

Ufficio Reclami

Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00135 Roma

Fax 06 36724.200 – E-mail: info@netinsurancelife.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42133000, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Devono essere inoltrati direttamente all'ISVAP:

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

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

Art. 24 - Rinvio alle norme di legge

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

Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto il 04/05/2009.

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

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

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

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

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

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4 della "Legge";
- b) avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi in qualità di responsabili del trattamento.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria;
- b) strettamente necessario per l'Assicuratore per le finalità di conclusione, gestione/esecuzione dei contratti e di gestione/liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento delle attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. RIFIUTO DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI

L'eventuale rifiuto di fornire i dati personali, ovvero di acconsentire al loro trattamento e/o alla loro comunicazione, comporta:

- nei casi di cui al punto 3, lettera a) e b), l'impossibilità di concludere o eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire/liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lettera c), la preclusione, nei confronti dell'interessato, di accedere all'informazione ed alla promozione dei prodotti assicurativi offerti dall'Assicuratore.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lettera a) e per essere soggetti a trattamenti aventi le stesse finalità od obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali riassicuratori (SWISS RE EUROPE S.A. - Rappresentanza per l'Italia), intermediari di assicurazione, istituti bancari, intermediari finanziari, legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidati incarichi di gestione dei sinistri, società di recupero crediti, società di servizi informatici, di archiviazione e di recapito; enti associativi (ad es.: ANIA), enti di controllo (ISVAP, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria.
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lettera b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a società di informazione e promozione commerciale.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso paesi U.E. ed extra U.E..

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 della "Legge" conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è NET INSURANCE LIFE S.p.A. con sede in Via dei Giuochi Istmici, 40, 00135 Roma.

L'elenco dei nominativi dei "Responsabili" del trattamento è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.

**Net Insurance Life S.p.A.**

Sede Legale
Via dei Giuochi Istmici, 40 - 00135 Roma
Tel. 06 36724.1 - Fax 06 36724.800
C.P. 6252 - 00195 Roma Prati
www.netinsurancelife.it
e mail: info@netinsurancelife.it

Capitale Sociale € 5.000.000 i.v.
Società per Azioni con unico socio
Partita I.V.A. e C.F. n. 09645901001
Impresa autorizzata
all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I
di cui al Provvedimento ISVAP
n. 2591 del 14.02.2008
Iscrizione Albo Imprese ISVAP n. 1.00164
Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi ISVAP n. 23

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**N.** _____**DATI DEL CONTRATTO DI MUTUO**

Durata (mesi) _____ Decorrenza _____ / _____ / _____ Scadenza _____ / _____ / _____

Capitale assicurato € _____,00 Premio unico anticipato lordo € _____, _____

ISTITUTO MUTUANTE _____**CONTRAENTE**

Nome _____ Cognome _____ Età (anni compiuti) _____

Nato a _____ (_____) il _____ / _____ / _____

Residente in _____ c.a.p. _____ Via _____ C.F. _____

Tipo documento _____ n. _____ rilasciato da _____ data del rilascio _____ / _____ / _____

BENEFICIARIO (se diverso dagli eredi legittimi e/o testamentari) _____**DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO**

Il sottoscritto, avendo chiesto all'Istituto Mutuante un mutuo da estinguersi secondo il piano di ammortamento sopra illustrato:

- dà il proprio consenso, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile, alla conclusione con l'Impresa di Assicurazioni Net Insurance Life S.p.A. di un contratto di assicurazione a garanzia dell'integrale rimborso del finanziamento in caso di decesso;
- **dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo predisposto da Net Insurance Life S.p.A. (Mod. NL/0010/1), di averne preso visione e di accettare tale documento come parte integrante del Contratto di Assicurazione e del Contratto di Mutuo;**
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di Net Insurance Life S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino il sottoscritto, autorizzando finora Net Insurance Life S.p.A. all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici.

Qualora l'Assicurando non sottoscriva la dichiarazione di buono stato di salute e nei casi espressamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione, deve essere compilato il Rapporto del Medico (Mod. NL/0010/3).**DICHIARAZIONE BUONO STATO DI SALUTE**

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesione degli arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, alluce valgo, meniscectomia, chirurgia estetica, parto);
- di non essere in attesa di ricovero, di non essere sottoposto a terapia continuativa e di non avere malattie in atto, escluse quelle stagionali;
- di non soffrire e di non aver sofferto di tumori, ipertensione cronica, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, malattie renali o genitourinari croniche, malattie croniche dell'apparato respiratorio o neurologiche o croniche dell'apparato muscoloscheletrico, infezione da HIV;
- di non percepire pensione o assegno d'invalidità per infortunio o malattia.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.**Prima della sottoscrizione della presente dichiarazione e, laddove prodotto, del Rapporto del Medico, è necessario quindi verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate.****L'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica, con costo a proprio carico, per certificare l'effettivo stato di salute.**

Data, _____

L'Assicurando _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO:

Bonifico bancario o assegno non trasferibile a favore della Net Insurance Life S.p.A. o dell'Intermediario di Assicurazione incaricato.

Preso visione dell'Informativa - contenuta nel suddetto Fascicolo Informativo - resa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.196 del 2003 per le finalità e con le modalità ivi illustrate, esprimo nei confronti Net Insurance Life S.p.A. il mio consenso al trattamento ed al trasferimento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile, affinché Net Insurance Life S.p.A. possa adempiere alle obbligazioni contrattuali, fornendo la copertura assicurativa.

ESPRIMO NEGO altresì nei confronti di Net Insurance Life S.p.A. il mio consenso al trattamento di dati personali per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Data, _____

L'Assicurando _____



Mod. NL/0010/2 - Ed. 05.2009

copia Assicurato

Nome e Cognome dell'Assicurato/a _____
 Data di nascita _____ / _____ / _____ Professione _____
 Documento di riconoscimento _____ N. del documento _____

PARTE I: DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO (Escluso il medico di base))

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|---|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|--|--|
| <p>1 Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie (tra quelle a lato indicate)?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Grado di parentela (se vivente o non vivente), quali, a che età e motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, malattie cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer o malattie ereditarie)</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>2 Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici (tra quelli al lato indicati)?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ELETTRICODIAGRAMMA</td> <td><input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE</td> <td rowspan="5"> <p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE</td> <td><input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG</td> <td><input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> ELETTRICODIAGRAMMA | <input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE | <p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE | <input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE | <input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG | <input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE | <input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE | <input type="checkbox"/> ALTRI | | |
| <input type="checkbox"/> ELETTRICODIAGRAMMA | <input type="checkbox"/> ANALISI DELLE URINE | <p>Motivo, quando ed esito</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RADIOGRAFIE | <input type="checkbox"/> FUNDUS OCULARE | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG | <input type="checkbox"/> MARKERS DELL'EPATITE | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ESAMI DEL SANGUE | <input type="checkbox"/> ALTRI | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3 E' mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc. per malattie e/o interventi diversi da appendicectomia, adenotonsillectomia ernia inguinale?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>4 Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Motivo, parti del corpo interessate, periodi (dal/al), tipologia, quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>5 Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELLA VISTA</td> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td rowspan="2"> <p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DELL'UDITO</td> <td><input type="checkbox"/> ALTRI</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> DELLA VISTA | <input type="checkbox"/> DEGLI ARTI | <p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <input type="checkbox"/> DELL'UDITO | <input type="checkbox"/> ALTRI | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DELLA VISTA | <input type="checkbox"/> DEGLI ARTI | <p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DELL'UDITO | <input type="checkbox"/> ALTRI | | | | | | | | | | | | |
| <p>6 Ha subito traumi o lesioni accidentali?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEL CRANIO</td> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ARTI</td> <td rowspan="2"> <p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO</td> <td><input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> DEL CRANIO | <input type="checkbox"/> DEGLI ARTI | <p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO | <input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DEL CRANIO | <input type="checkbox"/> DEGLI ARTI | <p>Motivo, quali, quando e postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DEGLI ORGANI DI SENSO | <input type="checkbox"/> DI ALTRE SEDI | | | | | | | | | | | | |
| <p>7 Fa uso o ha fatto uso di: a) alcolici b) tabacco</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>8 Fa uso di sostanze stupefacenti (droghe)?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>9 Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p><input type="checkbox"/> PER INFORTUNI SUL LAVORO <input type="checkbox"/> PER MALATTIE PROFESSIONALI <input type="checkbox"/> PER INFORTUNI DA ATTIVITÀ SPORTIVE <input type="checkbox"/> ALTRE</p> | <p>Da quando, grado di infermità, parte o organo leso</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>10 E' stato riformato alla visita di leva?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Motivo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>11 Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato respiratorio?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p><input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> BRONCHITE <input type="checkbox"/> ENFISEMA <input type="checkbox"/> PLEURITE</p> <p><input type="checkbox"/> TUBERCOLOSI <input type="checkbox"/> FIBROSI POLMONARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p> | <p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>11_b Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato cardiocircolatorio?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p><input type="checkbox"/> INFARTO <input type="checkbox"/> ANGINA <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE <input type="checkbox"/> VALVULOPATIE</p> <p><input type="checkbox"/> ARTEROPATIE <input type="checkbox"/> VARICI DEGLI ARTI INFERIORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p> | <p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>11_c Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato digerente?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p><input type="checkbox"/> GASTRODUODENITE <input type="checkbox"/> ULCERA <input type="checkbox"/> GASTRODUODENALE <input type="checkbox"/> COLITE ULCEROSA</p> <p><input type="checkbox"/> CIRROSI EPATICA <input type="checkbox"/> CALCOLOSI BILIARE <input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p> | <p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>11_d Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato genitourinario?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p><input type="checkbox"/> NEFRITE <input type="checkbox"/> CALCOLOSI</p> <p><input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p> | <p>Motivo, quali e da quando</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>11_e Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p><input type="checkbox"/> ARTRITE <input type="checkbox"/> ARTROSI</p> <p><input type="checkbox"/> TUMORI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p> | <p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>11_f Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sistema nervoso o della psiche?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p><input type="checkbox"/> EPILESSIA <input type="checkbox"/> NEVROSI <input type="checkbox"/> PARALISI <input type="checkbox"/> TUMORI</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIA DI PARKINSON <input type="checkbox"/> MALATTIA DI ALZHEIMER <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI</p> | <p>Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11_g Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi dell'apparato endocrino-metabolico? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIE <input type="checkbox"/> MALATTIE DELLA TIROIDE <input type="checkbox"/> MALATTIE SURRENALI <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI | Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ |
| 11_h Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi del sangue? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> LEUCEMIA <input type="checkbox"/> EMOFILIA <input type="checkbox"/> ALTRE MALATTIE O DISTURBI | Periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi _____ _____ |
| 12 Per assicurandi di sesso femminile: a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali? b) ha malattie della mammella? c) è incinta? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi _____ _____ _____ (mese di gravidanza e andamento) _____ | |
| 13 Chi è il Suo Medico curante e/o di famiglia? | Generalità _____ Indirizzo _____ | | |
| 14 Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Motivo, quando, quali, trattamento e postumi _____ _____ _____ | |
| 15 E' mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Motivo e quando _____ _____ _____ | |
| 16 Ha in previsione un ricovero ospedaliero? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Motivo e quando _____ _____ _____ | |
| 17 Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia _____ _____ _____ | |
| 18 Si è sottoposto ad un test anti-HIV? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Quando ed esito _____ _____ _____ | |

| | | | |
|-----------|--|---|---|
| 19 | E' stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Quali, quando, motivo, e postumi <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-----------|--|---|---|

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritiere ed esatte e di non aver sottaciuto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia Net Insurance Life S.p.A. ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

Ho letto e approvo quanto sopra.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando/a

_____ / _____ / _____

PARTE II: ESAME OBIETTIVO

| | | |
|---|---|---|
| ASPETTO - COSTITUZIONE FISICA ALTEZZA: cm _____ PESO: Kg _____ IL RAPPORTO ALTEZZA/PESO È NORMALE ? PRESSIONE ARTERIOSA Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150 mmHg o la diastolica i 90 mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Precisazioni <hr/> <hr/> perchè _____ sistolica _____ diastolica _____ frequenza cardiaca _____ Risultato sistolica _____ diastolica _____ frequenza cardiaca _____ <hr/> |
| 1 CUTE E MUCOSE VISIBILI | È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | indicare i motivi solo se la risposta è "NO" <hr/> <hr/> <hr/> |
| 2 Per le donne: GHIANDOLE MAMMARIE | È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | indicare i motivi solo se la risposta è "NO" <hr/> <hr/> <hr/> |
| 3 MASSE MUSCOLARI | È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | indicare i motivi solo se la risposta è "NO" <hr/> <hr/> <hr/> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>4 SISTEMA LINFONODALE SUPERFICIALE</p> | <p>È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>5 STATO DELLA TIROIDE</p> | <p>È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>6 APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO</p> <p>Conclusione diagnostica</p> | <p>È normale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>7 APPARATO RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - vie aeree superiori - voce - ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace <p>Conclusione diagnostica</p> | <p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>8 APPARATO CARDIOVASCOLARE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ispezione, palpazione, percussione - auscultazione - arterie (in particolare polsi periferici) - vene (varici, emorroidi, ecc.) <p>Conclusione diagnostica</p> | <p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>9 BOCCA E APPARATO DIGERENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - bocca - addome (ispezione e palpazione) - fegato - milza <p>Conclusione diagnostica</p> | <p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>10 APPARATO GENITOURINARIO</p> <p>Conclusione diagnostica</p> | <p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>11 SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - condizioni psichiche - motilità - sensibilità e riflessi - udito - olfatto <p>Conclusione diagnostica</p> | <p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>12 ANALISI DELLE URINE</p> | <p>È normale?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>indicare i motivi solo se la risposta è "NO"</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>CONCLUSIONI DIAGNOSI</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | |
| <p>GIUDIZIO DIAGNOSTICO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO*</p> <p><input type="checkbox"/> BUONO <input type="checkbox"/> MEDIOCRE <input type="checkbox"/> NON BUONO</p> | | |
| <p>Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?</p> | <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>Quali e motivi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Eventuali osservazioni ed informazioni complementari</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | | |

INDIRIZZO DELLO STUDIO MEDICO _____

COMUNE _____

Data e ora i cui è stata eseguita la visita

____/____/____

Firma e timbro del Medico
