

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

IoT Assicuro INFORTUNI

Contratto multirischi di durata annuale a protezione degli Infortuni.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 06/2025

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplice e Chiari”.

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione danni destinata alla protezione dei Rischi attinenti alla protezione dagli Infortuni (e da Malattia per la Garanzia Invalidità Permanente Totale e Assistenza alla Persona) dei Clienti di Banca.



Che cosa è assicurato?

In caso di Infortuni che potresti subire nello svolgimento della tua attività professionale e/o extraprofessionale o in caso di asfissia, avvelenamento, assideramento, malore o punture di insetti, le Garanzie / Prestazioni assicurate, di seguito riportate, sono operanti a seconda del Piano Assicurato che hai scelto. Sono previsti 4 Piani Assicurativi prestabiliti (**A, B, C, D**), con diversi livelli di copertura e Garanzie, che puoi opzionare, anche combinandoli, in relazione ai tuoi specifici bisogni.

Piano Assicurativo A (Sezione 1 - INFORTUNI e Sezione 3 - ASSISTENZA ALLA PERSONA)

- ✓ **Morte da Infortunio:** in caso di Infortunio che comporti la morte, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, i Beneficiari da te designati hanno un Indennizzo corrispondente al seguente Capitale assicurato: Euro 100.000 per il Piano di Indennizzo BASE, Euro 200.000 per il MEDIO ed Euro 300.000 per l'ALTO.
- ✓ **Indennitaria Infortuni:** a seguito di Infortunio rientrante tra quelli previsti, hai un Indennizzo a titolo di rimborso forfettario - sulla base del piano di Indennizzo prescelto - indipendente dall'ammontare delle spese sostenute.
- ✓ **Assistenza alla Persona:** nei casi di Infortunio o Malattia, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, hai a disposizione un servizio di Assistenza che prevede Prestazioni utili in caso di difficoltà ed emergenza.

Piano Assicurativo B (Sezione 1 - INFORTUNI)

- ✓ **Rimborso Spese Mediche da Infortunio:** in caso di Infortunio, hai un rimborso delle spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro fino alla concorrenza del seguente Capitale assicurato: Euro 2.000 per il Piano di Indennizzo BASE, Euro 3.000 per il MEDIO ed Euro 5.000 per l'ALTO.

Piano Assicurativo C (Sezione 1 - INFORTUNI)

- ✓ **Diaria Ospedaliera da Infortunio:** in caso di Ricovero in Istituto di cura per Infortunio, hai una Diaria - sulla base del piano di Indennizzo prescelto - per ogni giorno di Ricovero, documentato da cartella clinica pari a: Euro 50 per il Piano di Indennizzo BASE, Euro 75 per il MEDIO ed Euro 100 per l'ALTO.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili:

- ✗ le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla Malattia di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- ✗ **per la Sezione 1 - INFORTUNI e la Sezione 3 - ASSISTENZA ALLA PERSONA**, le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Contratto abbiano un'età superiore a 70 anni. Qualora l'Assicurato raggiunga il 75° anno di età durante la validità del Contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva;
- ✗ **per la Sezione 2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**, le persone che al momento della sottoscrizione del Contratto abbiano un'età superiore a 60 anni. Qualora l'Assicurato raggiunga il 65° anno di età durante validità del Contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.



Ci sono limiti di copertura?

A titolo esemplificativo e non esaustivo si indicano alcune delle cause per cui gli Infortuni si intendono esclusi.

Per la Sezione Infortuni sono esclusi gli Infortuni causati dalla:

- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- ! pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta.

- ✓ **Gessatura / Apparecchio terapeutico amovibile:** in caso di Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile, resi necessari da Infortunio, anche se indipendenti dal Ricovero, hai una diaria prevista per il Ricovero fino alla rimozione dell'Apparecchio terapeutico amovibile.

Piano Assicurativo D (Sezione 2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA)

- ✓ **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia:** in caso di Infortunio o Malattia che comporti un'invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, di grado superiore al 50% della totale, hai un indennizzo pari al seguente Capitale assicurato: Euro 50.000 per il Piano di Indennizzo BASE, Euro 75.000 per il MEDIO ed Euro 100.000 per l'ALTO.

Per la Sezione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia sono esclusi gli Infortuni derivanti dalla pratica di:

- ! sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai;
- ! arti marziali, pugilato, atletica pesante anche a carattere non professionale,
- ! hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica, non avente carattere ricreativo.

Per la Sezione Assistenza alla Persona sono escluse le Prestazioni conseguenti a:

- ! Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del Contratto;
- ! ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco.



Dove vale la copertura?

- ✓ Per le Garanzie della Sezione "Infortuni", la copertura vale in tutto il mondo.
- ✓ Per le Prestazioni della Sezione "Assistenza alla Persona", la copertura è valida solo in Italia.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del Contratto, hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- In corso di Contratto, hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni, tue o dell'Assicurato se diverso, inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, tu o l'Assicurato se diverso o gli aventi diritto dovete darne avviso alla Compagnia entro 3 giorni e fornire la documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia mediante la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza. Il Premio annuo, se uguale o maggiore ad Euro 120, è frazionabile a tua scelta in rate mensili senza oneri aggiuntivi. L'eventuale frazionamento del Premio non ti esonera dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha durata annuale e, in mancanza di disdetta, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire. In caso di disdetta, la Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto. Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con il tuo pagamento del Premio. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se hai pagato il Premio o la prima rata di Premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la tua volontà del Contraente di concludere il Contratto. Da tale momento, la Compagnia garantisce le Prestazioni oggetto del Contratto stesso, sempre che tu abbia pagato il Premio.



Come posso disdire la polizza?

- Puoi disdire la Polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della Scadenza annuale.
- Hai la facoltà di recedere dal Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio. Puoi comunicare la tua volontà alla Compagnia, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata.

Sommario

PREMESSA.....	3
CONTATTI UTILI.....	4
GLOSSARIO.....	5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	8
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.....	8
Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio	8
Art. 3 - Effetto, durata e recesso del Contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza	8
Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione.....	8
Art. 5 - Forma delle comunicazioni.....	8
Art. 6 - Aggravamento del Rischio e variazione attività professionale.....	9
Art. 7 - Diminuzione del Rischio.....	9
Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro	9
Art. 9 - Riduzione dei Capitali assicurati.....	9
Art. 10 - Somme assicurate	9
Art. 11 - Validità territoriale	10
Art. 12 - Colpa grave.....	10
Art. 13 - Buona fede.....	10
Art. 14 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	10
Art. 15 - Oneri fiscali	10
Art. 16 - Altre assicurazioni.....	10
Art. 17 - Limite massimo dell'Indennizzo	10
Art. 18 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	10
Art. 19 - Home Insurance (Area Riservata).....	10
Art. 20 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del Contratto.....	10
Art. 21 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto	11
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE DELLE SEZIONI 1, 2 e 3.....	11
COSA È ASSICURATO	11
Art. 22 - Oggetto della copertura.....	11
CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'	12
Art. 23 - Limiti di età	12
Art. 24 - Dichiarazioni di buono stato di salute - Questionario Sanitario	12
SEZIONE 1 – INFORTUNI.....	12
LE GARANZIE	12
Art. 25 - Garanzia Morte da Infortunio.....	12
Art. 26 - Garanzia Indennitaria Infortuni.....	13
Art. 27 - Garanzia Diaria da Ricovero	13
Art. 28 - Garanzia Gessatura ed apparecchio terapeutico amovibile	13
Art. 29 - Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio.....	13
CHI E COSA COSA NON È ASSICURATO.....	14
Art. 30 - Persone non assicurabili	14
Art. 31 - Esclusioni.....	14
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'	15
Art. 32 - Obblighi di denuncia ed oneri relativi	15
Art. 33 - Criteri di indennizzabilità.....	15
SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	16
COSA È ASSICURATO	16

Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro INFORTUNI

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione a protezione degli Infortuni



Art. 34 - Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia	16
LIMITI DI COPERTURA	16
Art. 35 - Periodo di Carenza	16
COSA NON È ASSICURATO.....	16
Art. 36 - Esclusioni.....	16
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'	17
Art. 37 - Denuncia del Sinistro ed obblighi relativi.....	17
Art. 38 - Criteri di indennizzabilità della Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio.....	17
Art. 39 - Criteri di indennizzabilità della Garanzia Invalidità Permanente Totale da Malattia	18
NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO ALLE SEZIONI 1 E 2.....	18
Art. 40 - Cumulo di Indennizzi.....	18
Art. 41 – Pagamento dell’Indennizzo.....	19
Art. 42 - Rinuncia al diritto di surrogazione.....	19
Art. 43 - Arbitrato.....	19
SEZIONE 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA.....	20
COSA È ASSICURATO	20
Art. 44 - Oggetto della Garanzia Assistenza alla Persona	20
COSA NON È ASSICURATO.....	23
Art. 45 - Esclusioni.....	23
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA ALLA PERSONA	23
Art. 46 - Come attivare le prestazioni Assistenza alla Persona	23
ALLEGATO A. ELENCO DELLE ATTIVITA’ PROFESSIONALI	25
ALLEGATO B. ELENCO DEGLI INFORTUNI E DEI RELATIVI INDENNIZZI.....	27
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1



PREMESSA

IoT Assicuro INFORTUNI è il prodotto multigaranzia appositamente studiato per gli Assicurati che intendono proteggersi dalle conseguenze derivanti da un Infortunio o da un'Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia.

IoT Assicuro INFORTUNI prevede piani assicurativi prestabiliti e per ciascuno più livelli di copertura (piani di indennizzo) che permettono di poter costruire la propria protezione assicurativa in base a specifici bisogni. Il prodotto prevede di poter estendere la copertura assicurativa ai componenti di un nucleo familiare, beneficiando in tal modo di uno sconto crescente in base al numero di persone che si vorrà includere in polizza.

Il prodotto è suddiviso in 3 Sezioni secondo lo schema seguente:

SEZIONE 1 - INFORTUNI

- a) **Garanzia Morte da Infortunio**
- b) **Garanzia Indennitaria Infortuni**
- c) **Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio**
- d) **Garanzia Diaria Ospedaliera da Infortunio**
- e) **Garanzia Gessatura/Apparecchio terapeutico amovibile**

SEZIONE 2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

- a) **Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia**

SEZIONE 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

- a) **Garanzia Assistenza alla Persona**

Il Contraente – selezionata la **Formula** Individuale o Nucleo Familiare - può opzionare uno o più Piani assicurativi tra A, B, C e D e scegliere il Piano di Indennizzo (Base o Medio o Alto).

PIANO ASSICURATIVO A	GARANZIE
	Morte da Infortunio
	Indennitaria Infortuni
	Assistenza alla Persona
PIANO ASSICURATIVO B	GARANZIA
	Rimborso Spese Mediche da Infortunio
PIANO ASSICURATIVO C	GARANZIE
	Diaria Ospedaliera da Infortunio
	Gessatura /Apparecchio terapeutico amovibile
PIANO ASSICURATIVO D	GARANZIA
	Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul Modulo di Polizza ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati. Le Carenze, le Franchigie, gli Scoperti e i limiti di Indennizzo previste/i per le diverse Garanzie sono riportate/i all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione. Le coperture assicurative richiamate in Polizza sono operanti se è stato pagato il relativo Premio.

Avvertenza

A fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenza, nullità o limitazione delle Garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate: con fondo colorato o in grassetto nelle Condizioni di Assicurazione. I termini che nel testo contrattuale rinviano al Glossario sono riportati con iniziale in maiuscolo nel testo contrattuale.



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

tutte le Garanzie ad eccezione dell'Assistenza alla Persona– Net Insurance S.p.A.

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

PER ASSISTENZA ALLA PERSONA

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

- dall'Italia al numero verde: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

- Numero Verde 800 9096 33 (Contact Center)
- Sito www.netinsurance.it/wecare
- E-mail: wecare@netinsurance.it

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



GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Compagnia e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale.

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalle ore 24.00 della data di effetto.

Arbitrato

Le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del Contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (lodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assistenza

La Garanzia assicurativa con la quale la Compagnia si impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assicurazione

Il presente Contratto di Assicurazione.

Beneficiario

Persona fisica o persona giuridica/Ditta individuale, che può coincidere o meno con l'Assicurato stesso, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento.

Capitale assicurato

L'importo massimo che la Compagnia indennizza in caso di sinistro ed è riportato in Polizza.

Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'Assicurazione durante il quale non è operante la copertura.

Compagnia

Net Insurance S.p.A.

Contraente

Il soggetto che stipula il Contratto di assicurazione a favore degli Assicurati.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a corrispondere l'Indennizzo/la Prestazione al verificarsi di un evento avverso.

Controversia

S'intende il primo atto scritto dal quale deriva in capo all'Assicurato la necessità di assistenza legale o anche il primo atto scritto dal quale deriva in capo all'Assicurato il proprio diritto in termini di "assistenza legale".

Danni

I danni indennizzabili ai sensi di Legge in conseguenza di morte o lesioni personali.

Data di Decorrenza

Il momento da cui decorre l'Assicurazione.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, la Compagnia procede al pagamento dell'Indennizzo e per la quale sia stato pagato il relativo Premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Indennizzo / Indennità

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun sinistro e anno assicurativo, la Compagnia presta la Garanzia.

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone legate da vincolo di parentela, di affinità o di fatto con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi.

Parte

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di efficacia dell'Assicurazione

Il periodo intercorrente tra la data del pagamento del Premio o quella indicata in Polizza, se coincidente con quella del pagamento, e la Scadenza dell'Assicurazione.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Prestazione

L'assistenza da erogarsi in natura da parte della Compagnia tramite la Struttura Organizzativa, nel momento del bisogno.

Rischio



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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Scoperto

La parte di danno, indennizzabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata

l'Assicurazione.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI) – costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Compagnia provvede, per incarico in quest'ultimo, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le Prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

Transazione

Accordo con il quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Definizioni specifiche

Apparecchio terapeutico amovibile

Dispositivo utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale, o per osteosintesi, reso necessario da lesioni traumatiche conseguenti ad Infortunio.

Convalescenza

Periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti.

Day hospital

La degenza in Istituto di cura senza pernottamento, documentata da cartella clinica.

Day surgery

La degenza in Istituto di cura senza pernottamento, documentata da cartella clinica, utilizzata nel caso in cui l'utente debba sottoporsi ad interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive che non richiedano il pernottamento in ospedale.

Difetti fisici

La mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.

Frattura

Soluzione di continuità del tessuto osseo provocata da Infortunio. S'intende pertanto esclusa qualsiasi lesione al solo tessuto cartilagineo od ai soli altri tessuti aventi rapporti di continuità e contiguità con l'osso.

Gessatura

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici

esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali. Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della Garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i busti ortopedici elastici;
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

Infortunio

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

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in Istituto di cura o in ambulatorio, realizzabile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica, luminosa o microonde.

Invalità Permanente Totale

Incapacità fisica definitiva ed irrimediabile



dell'Assicurato a svolgere in tutto od in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia improvvisa

La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattie coesistenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto

interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Malattie preesistenti

La malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'Assicurazione.

Malformazione

Ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.

Manifestazione

Sintomatologia oggettiva della Malattia.

Questionario Sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute dell'Assicurando, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di Assicurazione.

Il Questionario Sanitario deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando per la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.

Ricovero

La degenza, comportante almeno un pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (esclusi stabilimenti termali).

Tabella INAIL

Tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni.



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato devono essere veritiere, complete e corrette.

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

Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio

Fermo i Periodi di Carenza di cui all'art. 35, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto stesso.

L'Assicurazione ha durata annuale.

In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire.

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio, quale corrispettivo, per la durata annuale dell'Assicurazione.

L'importo del Premio è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente tramite la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza. L'importo del Premio, se uguale o maggiore ad Euro 120 (centoventi), è frazionabile a scelta del Contraente in rate mensili senza oneri aggiuntivi.

Il frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di pagare l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del Periodo di efficacia dell'Assicurazione.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c. – Mancato pagamento del Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui il pagamento del Premio o delle successive rate di Premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal Contratto, i Periodi di Carenza di cui all'art. 35 vengono conteggiati a far data dalle ore 24.00 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 3 - Effetto, durata e recesso del Contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza

A parziale rettifica dell'Art. 2 – “Effetto, durata e disdetta del Contratto – Premio”, si precisa che il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il Contratto (Data di Decorrenza del Contratto). Da tale momento, la Compagnia garantisce all'Assicurato le Prestazioni oggetto del Contratto, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio.

Il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia;
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo wecare@netinsurance.it.

La Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al Contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono alla Compagnia,



all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il Contratto.

Art. 6 - Aggravamento del Rischio e variazione attività professionale

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione/all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c. – Aggravamento del Rischio.

Fermo il disposto dell'Art. 1 – “Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio”, se nel corso del Contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali o delle altre attività dichiarate senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione scritta alla Compagnia, in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:

- l'Indennizzo sarà corrisposto integralmente se le diverse attività non aggravano il Rischio;
- **l'Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, ai sensi dell'art. 1898 c.c., in base alle percentuali indicate nella tabella sottoindicata, se all'attività in questione corrisponde un Rischio maggiore.**

Per la valutazione del grado di Rischio delle varie attività professionali si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportate nell'ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI riportato nello specifico allegato A che forma parte integrante del presente Contratto.

In caso di attività non specificate in detto elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad un'attività elencata.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE AL MOMENTO DEL SINISTRO	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III
Classe 1	100%	100%	100%
Classe 2	70%	100%	100%
Classe 3	40%	80%	100%

Art. 7 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 c.c. – Diminuzione del Rischio, e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.

In caso di Recesso la Compagnia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del Recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Rischio non corso.

Il presente disposto non è applicabile in caso di Sinistro inerente la SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.

Art. 9 - Riduzione dei Capitali assicurati

In caso di Sinistro, i Capitali assicurati con le singole Garanzie di Polizza ed i relativi limiti di Indennizzo, si intendono ridotti con effetto immediato e fino al termine del periodo di Assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile senza corrispondente restituzione del Premio.

Qualora a seguito del Sinistro stesso la Compagnia decida invece di recedere dal Contratto si farà luogo al rimborso del Premio, al netto dell'imposta, non goduto sulle somme assicurate rimaste in essere.

Art. 10 - Somme assicurate

Per ogni forma di Garanzia, l'Assicurazione viene prestata dalla Compagnia per le somme indicate nelle presenti Condizioni di Assicurazione, previo pagamento del relativo Premio.



Art. 11 - Validità territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole Garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 12 - Colpa grave

L'Assicurazione è efficace anche per i Danni determinati da colpa grave dell'Assicurato.

Art. 13 - Buona fede

L'omissione della comunicazione, da parte del Contraente, di una circostanza eventualmente aggravante il Rischio successiva alla stipulazione della presente Polizza, non pregiudica il diritto al risarcimento dei Danni, sempreché tale omissione sia avvenuta in buona fede, e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Compagnia il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 14 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c..

Art. 15 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il presente Contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 16 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Art. 17 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'art. 1914 c.c., a nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 18 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

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

Art. 19 - Home Insurance (Area Riservata)

La Compagnia ha reso disponibile sul proprio Sito (<https://www.netinsurance.it>) un'Area internet riservata al Contraente (la cosiddetta area Home Insurance) accessibile tramite credenziali ottenibili con e-mail, codice fiscale e numero della tua Polizza. In tale Area è possibile consultare il Contratto e le coperture assicurative in essere con la Compagnia e gestire telematicamente il Contratto (effettuare il pagamento del Premio, denunciare un Sinistro, richiedere la modifica di dati personali).

Art. 20 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del Contratto

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna Indennità in virtù del presente Contratto, qualora tale copertura, pagamento o Indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Art. 21 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente disciplinato dalle presenti Condizioni di Assicurazione si rinvia alle norme di legge vigenti. La Legge applicabile al Contratto è quella italiana.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE DELLE SEZIONI 1, 2 e 3

COSA È ASSICURATO

Art. 22 - Oggetto della copertura

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) dell'attività professionale svolta abitualmente;
 - b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità (extraprofessionale);
anche se derivanti da:
 - 1) negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi, a parziale deroga dell'art. 1900 c.c.;
 - 2) aggressioni, o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.;
 - 3) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili:
- 4) gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
 - 5) l'asfissia non dipendente da patologie pregresse;
 - 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento accidentale e acuto di sostanze;
 - 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
 - 8) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali (con esclusione della malaria e delle Malattie tropicali);
 - 9) le conseguenze dell'embolia gassosa, purché non conseguenti a pratica subacquea;
 - 10) gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:
 - a) su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - b) su aeromobili in esercizio da parte di aeroclubs;
 - c) su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;

la copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

Resta convenuto che in caso di Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con la Compagnia, il limite aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di Euro 5.000.000 (cinque milioni) per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

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



CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Art. 23 - Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del Contratto l'età degli Assicurati non potrà essere superiore:

- **per le Garanzie incluse nelle SEZIONI 1 - INFORTUNI, e 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA: a 70 anni.**
Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il 75° anno di età durante il periodo di validità del Contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva, fermo il ricalcolo del Premio sulla base dell'eventuale nuovo numero di Assicurati all'interno della medesima Polizza;
- **per le Garanzie incluse nella SEZIONE 2 - INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA: a 60 anni.**
Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il 65° anno di età durante il periodo di validità del Contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva, fermo il ricalcolo del Premio sulla base dell'eventuale nuovo numero di Assicurati all'interno della medesima Polizza.

Art. 24 - Dichiarazioni di buono stato di salute - Questionario Sanitario

Con riferimento alla SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA, la Compagnia presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni del Contraente, inerenti lo stato di salute degli Assicurati, riportate nel Questionario Sanitario, che sono parte integrante del Contratto. Le inesattezze e le reticenze del Contraente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

SEZIONE 1 – INFORTUNI

Le seguenti Garanzie sono valide solo se è richiamato in Polizza il relativo Capitale assicurato e se è stato pagato il relativo Premio.

LE GARANZIE

Art. 25 - Garanzia Morte da Infortunio

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza la morte, se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, la Compagnia garantisce l'Indennizzo corrispondente al Capitale assicurato indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, anche successivamente alla Scadenza del Contratto. L'Indennizzo sarà liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali fra loro.

Capitale assicurato:

Euro 100.000 per Piano di Indennizzo BASE

Euro 200.000 per Piano di Indennizzo MEDIO

Euro 300.000 per Piano di Indennizzo ALTO

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuta la morte, la Compagnia liquida, agli aventi diritto di cui sopra, il Capitale assicurato previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 c.c..

Qualora, dopo il pagamento dell'Indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente Totale eventualmente subita.



MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI COMMORIENZA DEI GENITORI

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte di entrambi i genitori, la Compagnia corrisponde un Indennizzo supplementare per il caso morte ai:

- figli minorenni;
- figli fino a 25 anni, se studenti o non lavoratori;
- figli portatori di handicap;

tale Indennizzo supplementare è pari al:

- 50% nel caso in cui entrambi i genitori risultino Assicurati con la presente Garanzia;
- 25% nel caso in cui un solo genitore risulti Assicurato con la presente Garanzia.

Art. 26 - Garanzia Indennitaria Infortuni

La Compagnia garantisce il pagamento di un Indennizzo, a titolo di rimborso spese forfettario - indipendente dall'ammontare delle spese sostenute - a seguito di Infortunio rientrante nell'elenco di cui all'Allegato B che prevede Indennizzi diversi commisurati alla classe di Piano di Indennizzo (Base o Medio o Alto).

Art. 27 - Garanzia Diaria da Ricovero

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio, la Compagnia corrisponde la diaria indicata nelle presenti Condizioni di Assicurazione per ogni giorno di Ricovero, documentato da cartella clinica, **con il massimo di 300 giorni per Sinistro ed Anno assicurativo.**

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora di inizio del Ricovero e della dimissione.

L'Assicurazione vale anche in caso di Ricovero dell'Assicurato per **Day hospital e Day surgery, purché la degenza diurna sia di almeno 5 ore senza pernottamento**, in struttura sanitaria autorizzata, con rilascio di cartella clinica, **di durata superiore a 2 giorni anche non continuativi per lo stesso Infortunio; in tale caso l'Indennità giornaliera è comunque corrisposta in misura pari al 50%.**

Diaria da Ricovero:

Euro 50 per Piano di Indennizzo BASE

Euro 75 per Piano di Indennizzo MEDIO

Euro 100 per Piano di Indennizzo ALTO

Art. 28 - Garanzia Gessatura ed apparecchio terapeutico amovibile

In caso di **Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile**, resi necessari da Infortunio, anche se indipendenti dal Ricovero, **viene corrisposta la diaria prevista per il Ricovero fino alla rimozione dell'Apparecchio terapeutico** amovibile e comunque per un **massimo di 30 giorni**. In caso di Sinistro che comporti anche il Ricovero tale prestazione non è cumulabile con l'Indennità giornaliera.

Art. 29 - Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio

Nel caso di Infortunio, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del Capitale assicurato indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, le seguenti spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro:

- a) per il Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato: rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di Intervento, diritti di sala operatoria, medicinali;
- b) per Intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia.

In relazione alle prestazioni indennitarie di cui alle lettere c), e) ed f), la Garanzia è operante a condizione che le spese siano sostenute previa specifica prescrizione medica.



Le spese di cui alla lettera f) vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio.

La Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di Euro 500 (cinquecento) a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio.

Capitale assicurato:

Euro 2.000 per Piano di Indennizzo BASE

Euro 3.000 per Piano di Indennizzo MEDIO

Euro 5.000 per Piano di Indennizzo ALTO

CHI E COSA COSA NON È ASSICURATO

Art. 30 - Persone non assicurabili

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

L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi ai sensi dell'art. 1898 c.c..

Art. 31 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- a) dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri;
- b) dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- d) dalla guida e uso di mezzi subacquei;
- e) dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- f) dalla pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali a puro titolo esemplificativo: pugilato, atletica pesante, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia; guidoslitta (bob)
- g) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- i) dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- j) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calciotto e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);
- k) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- m) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- n) da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo;
- o) da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- p) da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;



- q) 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, etc.);

Sono inoltre esclusi:

- r) gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
s) gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S);
t) gli infarti e ictus;
u) le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Art. 32 - Obblighi di denuncia ed oneri relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso alla Compagnia entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.

La denuncia dell'Infortunio deve essere inviata alla Compagnia presso la relativa Sede legale e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e deve essere corredata da certificato medico.

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

L'Assicurato deve sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della documentazione medica compresa la cartella clinica se prevista, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali secondo le norme legislative vigenti.

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

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

In caso di morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

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

Art. 33 - Criteri di indennizzabilità

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

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'art. 26 – “Garanzia Indennitaria Infortuni”.

In relazione alla Garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la Garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

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



SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La seguente Garanzia sono valide solo se è richiamato in Polizza il relativo Capitale assicurato e se è stato pagato il relativo Premio.

COSA È ASSICURATO

Art. 34 - Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

L'Assicurazione viene prestata per il caso di Invalidità Permanente Totale, causata da Infortunio (così come previsto dall'art. 22 – "Oggetto della copertura") o Malattia verificatisi durante il periodo di durata dell'Assicurazione, che abbia per conseguenza una invalidità riduttiva in modo permanente della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato, di grado superiore al 50% della totale, diagnosticata successivamente alla data di decorrenza contrattuale e comunque non oltre la scadenza della stessa, fermo il Periodo di Carenza di cui al successivo art. 35.

In caso di Sinistro, l'Indennizzo spettante è pari all'intero Capitale assicurato.

Capitale assicurato:

Euro 50.000 per Piano di Indennizzo BASE

Euro 75.000 per Piano di Indennizzo MEDIO

Euro 100.000 per Piano di Indennizzo ALTO

LIMITI DI COPERTURA

Art. 35 - Periodo di Carenza

L'Assicurazione prevede i seguenti periodi di Carenza per i Sinistri conseguenti a Malattia:

- 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte dopo tale data;
- 180 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte precedentemente a tale data e, alla data stessa, non note all'Assicurato o non manifestatesi.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 36 - Esclusioni

Fermo il Periodo di Carenza di cui all'art. 35, sono escluse dalla Garanzia assicurativa:

- a) le conseguenze di Infortuni e Malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione e note all'Assicurato (anche eventualmente non emerse nel "Questionario Sanitario");
- b) gli Infortuni e le Malattie derivanti da guerra, insurrezioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, tsunami ed alluvioni;
- c) gli Infortuni e le Malattie causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- d) gli Infortuni e le Malattie causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- f) gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze di interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;

- g) gli Infortuni derivanti dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri;
- h) gli Infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei;
- i) gli Infortuni dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: paracadutismo, parapendio, bungee jumping;
- j) gli Infortuni derivanti dalla pratica di: sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai;
- k) gli Infortuni derivanti dalla pratica, anche a carattere non professionale, di: arti marziali, pugilato, atletica pesante;
- l) gli Infortuni derivanti dalla pratica, non avente carattere ricreativo, di: hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica;
- m) gli Infortuni derivanti dalla partecipazione, quale pilota o membro dell'equipaggio, ad allenamenti, competizioni o gare automobilistiche / motociclistiche / motonautiche;
- n) le Malattie derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche non effettuati sotto il diretto controllo medico;
- o) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Art. 37 - Denuncia del Sinistro ed obblighi relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o i suoi aventi titolo, devono darne avviso entro 20 giorni da quando ne ha avuto possibilità.

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

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

L'Assicurato deve:

- fornire alla Compagnia ogni informazione e documentazione relativa all'Infortunio o alla Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione del Sinistro;
- sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali Net Insurance S.p.A. credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, nei casi in cui la Compagnia ritenga di verificare la natura dell'Infortunio o della Malattia denunciati e/o quantificare il grado di Invalidità Permanente Totale da essi derivato;

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

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

Art. 38 - Criteri di indennizzabilità della Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato superiore al 50%, e questa si verifichi - anche successivamente alla Scadenza dell'Assicurazione - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida l'intero Capitale assicurato.

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente Totale si fa riferimento alla Tabella INAIL in vigore al momento del verificarsi dell'Infortunio.

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



Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per l'Invalidità Permanente Totale è liquidato per le sole conseguenze dirette che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti.

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

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalle tabelle vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso Infortunio, l'Invalidità Permanente Totale viene stabilita mediante l'adozione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino al limite massimo del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente Totale tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di Invalidità Permanente Totale non specificati nella Tabella INAIL, l'Invalidità Permanente Totale è stabilita tenendo conto della diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione effettivamente esercitata al momento del Sinistro.

Art. 39 - Criteri di indennizzabilità della Garanzia Invalidità Permanente Totale da Malattia

Se la Malattia ha per conseguenza un'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato superiore al 50%, e questa si verifichi - anche successivamente alla Scadenza dell'Assicurazione - entro due anni dal giorno nel quale la Malattia è stata diagnosticata, la Compagnia liquida l'intera somma assicurata.

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o Invalidità preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, oltre a quanto disposto dall'Art. 23, sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da Condizioni Menomative Coesistenti o Concorrenti.

Nel corso dell'Assicurazione, le Invalidità Permanenti Totali da Malattia liquidate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Nel caso quindi che la Malattia colpisca un soggetto già menomato, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione.

La valutazione dell'Invalidità Permanente Totale viene effettuata secondo le tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni.

Nei casi di Invalidità Permanente Totale non previsti dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni, la valutazione del grado di Invalidità, se non concordata dalle Parti, potrà essere affidata dalle Parti stesse al Collegio di cui all'Art. 43.

NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO ALLE SEZIONI 1 E 2

Art. 40 - Cumulo di Indennizzi

Le Indennità per tutte le Garanzie sono cumulabili fra di loro tranne quella per il **caso morte che non è cumulabile con quella per l'Invalidità Permanente Totale da Infortunio di cui al successivo art. 41.**

Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente Totale, ma entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre hanno diritto alla differenza tra l'Indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente Totale.



Art. 41 – Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività delle Garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, relativamente alle Garanzie di cui alla

SEZIONE 1 – INFORTUNI e SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:

1. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire dopo che sia pervenuto al medesimo offerta in misura determinata dell'Indennizzo, la Compagnia pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.
2. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire prima del termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità derivante dall'Infortunio o dalla Malattia o prima dell'accertamento medico-legale della Compagnia, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

Per le prestazioni di rimborso delle spese sostenute, qualora lo stesso abbia presentato anche a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente Contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento dell'Indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 42 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Qualora l'Infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del Sinistro.

Art. 43 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalidità Permanente Totale da Infortunio, sul grado di Invalidità Permanente Totale da Malattia, sulla determinazione della classe dell'Intervento chirurgico nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per Parte, i quali si riuniscono nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o quello a lui preferito.

Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Se una Parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta ad istanza della Parte più diligente dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino all'Assicurato).

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

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato, quelle del terzo medico sono ripartite a metà.

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



SEZIONE 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

Le seguenti Prestazioni sono valide solo se è richiamata in Polizza la Garanzia ASSISTENZA ALLA PERSONA e se è stato pagato il relativo Premio.

COSA È ASSICURATO

La gestione del servizio di Assistenza di cui alle prestazioni sottoindicate è stata affidata dalla Compagnia a **Europ Assistance Italia S.p.A.** (di seguito Europ Assistance).

La Compagnia, lasciando invariati la portata e i limiti delle prestazioni di Assistenza, ha la facoltà di affidare il servizio di Assistenza ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di Assistenza senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del Contratto.

Le prestazioni di Assistenza seguono le sorti della presente Polizza della quale formano parte integrante; le medesime si intendono quindi inefficaci nel caso di sospensione, annullamento o comunque di perdita di efficacia della Polizza stessa.

Le prestazioni di Assistenza possono essere richieste direttamente dall'Assicurato/Contraente o da un componente del suo Nucleo Familiare.

Art. 44 - Oggetto della Garanzia Assistenza alla Persona

La Compagnia per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di Infortunio o Malattia delle persone Assicurate, mette a loro disposizione il servizio di Assistenza che si realizza attraverso le seguenti Prestazioni:

PRESTAZIONI

Le prestazioni possono essere erogate per un massimo di tre volte per ciascun tipo, nel corso dell'Anno assicurativo.

Nei limiti dei Massimali previsti, le prestazioni di cui ai successivi articoli vengono fornite con esclusione delle spese che l'Assicurato avrebbe comunque dovuto sostenere e che pertanto restano a suo carico.

CONSULENZA MEDICA

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 con i medici della Struttura Organizzativa che forniranno il consulto.

Si precisa che tale consulto, considerate le modalità di prestazione del servizio non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

MYCLINIC

MyClinic Europ Assistance è un insieme di servizi di assistenza medica a distanza, attivi 24 ore su 24, forniti attraverso una piattaforma digitale, denominata MyClinic Europ Assistance, con accesso via Web e App.

Le Prestazioni di Assistenza medica previste sono le seguenti:

CONSULTO DI MEDICINA GENERALE H24: TELEFONICO O VIDEO

Attraverso un contatto telefonico o una videochiamata Skype, l'utente può ottenere un consulto medico di medicina generale h24, da parte dei medici della Struttura Organizzativa di Europ Assistance. Il consulto potrà essere supportato dai dati medici inseriti dall'utente in piattaforma e compilata a cura dello stesso. Il consulto medico ottenuto non vale quale diagnosi di patologie in essere o future e non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante né può costituire la base per ottenere prescrizioni di eventuali farmaci o di esami diagnostici.

DATI MEDICI

L'utente ha la possibilità di compilare la cartella medica online sulla piattaforma MyClinic Europ Assistance, con la quale può archiviare, consultare e conservare tutti i suoi dati medici caricati. I dati inseriti sono trattati dalle SOCIETÀ esclusivamente per dar seguito alle richieste di erogazione dei servizi della piattaforma e previo consenso dell'utente.

VALUTAZIONE DEI SINTOMI

Attraverso la funzione Valutazione dei sintomi, l'utente può usufruire di un programma di autovalutazione dei propri sintomi al termine del quale riceverà indicazioni su probabili cause del sintomo e un suggerimento relativo ai comportamenti da tenere.

INVIO DI UN MEDICO GENERICO AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un medico **dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi** e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

GUIDA SANITARIA

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18 esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'Istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di Assistenza.

TRASPORTO DAL PRONTO SOCCORSO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese **entro il limite di 300 chilometri** di percorso complessivo (andata/ritorno).

TRASFERIMENTO IN ISTITUTO DI CURA SPECIALISTICO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'Istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché quelli in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

RIENTRO DALL'ISTITUTO DI CURA

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'Istituto di cura a seguito di Ricovero per Infortunio o Malattia, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa, il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

INVIO DI UN FISIOTERAPISTA AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o Fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da Infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario **fino ad un massimo di 10 sedute per Sinistro**.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

INVIO DI UNA COLLABORATRICE FAMILIARE

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una Collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario **fino ad un massimo di 10 ore per Sinistro**, usufruibili **in non più di 5 giorni**.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la Collaboratrice familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST RICOVERO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia che abbia comportato un Ricovero, necessiti la prosecuzione del Ricovero in forma domiciliare, come prescritto dal proprio medico curante, potrà contattare la Struttura Organizzativa. Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, mediante intervento di proprio personale medico e paramedico per un **massimo di 7 giorni continuativi** e non frazionabili post-Ricovero.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Si tratta di una prestazione che consente di ottenere una valutazione clinico-diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico. La prestazione viene erogata utilizzando una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza internazionale. La prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte di specialisti internazionali della materia. La prestazione è erogata dalla Struttura Organizzativa che trasmetterà agli specialisti internazionali i dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'Assicurato.

Per i casi clinici più complessi la Struttura Organizzativa potrà organizzare il consulto in tempo reale, tra gli specialisti internazionali, i medici della Struttura Organizzativa e i medici curanti dell'Assicurato.

Erogazione della Prestazione

Qualora l'Assicurato a seguito di un Infortunio o Malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, e desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica: potrà contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato,



effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti. Tutti i dati clinici saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 45 - Esclusioni

Sono escluse le prestazioni conseguenti a:

- a. Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del Contratto;
- b. partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- e. Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- f. aborto volontario non terapeutico;
- g. Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- h. Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- i. Infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- j. guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- k. 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.);
- l. soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per Malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cure);
- m. tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA ALLA PERSONA

Art. 46 - Come attivare le prestazioni Assistenza alla Persona

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza, sopra indicate, l'Assicurato potrà contattare la Struttura Organizzativa – in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- dall'Italia al numero: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Via del Mulino, 4
20057 Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di Assistenza di cui necessita
2. Cognome e Nome



3. Numero di Polizza preceduto dalla sigla **NIPT**
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Per la prestazione ASSISTENZA DOMICILIARE, in caso di Sinistro l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima della attivazione dei servizi richiesti.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la decadenza dal diritto alla prestazione ai sensi dell'art. 1915 C.C..

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli ORIGINALI (non le fotocopie) di giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.



ALLEGATO A. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Tabella 1 - LAVORATORI AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
A001	Commercianti - Negozianti	2
A002	Libero professionista con sola attività in studio	1
A003	Libero professionista con anche missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
A004	Medico	2
A005	Giornalista	2
A006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
A007	Imprenditore o Artigiano settore edilizia, Decoratore	3
A008	Imprenditore o Artigiano settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
A009	Imprenditore o Artigiano settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), Marinai	3
A010	Imprenditore o Artigiano settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
A011	Imprenditore o Artigiano settore meccanico	3
A012	Imprenditore o Artigiano con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
A013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
A014	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri	3
A015	Distributori di carburanti	3
A016	Imprenditori o Artigiani altri settori (rispetto alle voci precedenti)	2
A017	Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori	2

Tabella 2 - LAVORATORI NON AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
B001	Commessi	2
B002	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con sola attività amministrativa	1
B003	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con anche missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
B004	Medico	2
B005	Giornalista	2
B006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
B007	Operai imprese settore edilizia, Decoratore	3
B008	Operai imprese settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
B009	Operai imprese settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), marinai	3
B010	Operai imprese settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
B011	Operai imprese settore meccanico	3
B012	Dipendenti con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
B013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
B014	Operai imprese settore trasporti (Autisti, Corrieri, Pony Express, Postini, Macchinisti...)	3
B015	Distributori di carburante	3
B016	Operai altri settori	2
B017	Insegnanti	2
B018	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	2
B019	Lavoratori domestici	2
B020	Lavoratori in cooperative	2
B021	Assistenti sociali	2

Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro INFORTUNI

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione a protezione degli Infortuni



Tabella 3 - NON LAVORATORI

COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
C001	Studenti	2
C002	Casalinghe	2
C003	Pensionati	2
C004	Disoccupati	2
C005	Benestanti	2

Tabella 4 - PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Missionario
Guardia giurata, Guardia campestre, Guardia forestale
Custode notturno armato
Portavalori
Vigili del fuoco
Armaiolo
Minatore, Speleologo, Archeologo, Palombaro, Sommozzatore
Insegnante di alpinismo, Guida alpina
Sportivi professionisti
Ballerini professionisti
Fantino
Stuntman
Attività circense, Acrobati, Giostrai
Allevatori non ricompresi nelle precedenti Tabelle 1 e 2
Attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico

ALLEGATO B. ELENCO DEGLI INFORTUNI E DEI RELATIVI INDENNIZZI

TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO		
	PIANO BASE	PIANO MEDIO	PIANO ALTO
LESIONI APPARATO SCHELETRICO			
CRANIO			
Frattura cranica senza postumi neurologici	200	400	600
Frattura osso zigomatico o mascellare o palatino o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa	200	400	600
Frattura Lefort I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	350	700	1.050
Frattura Lefort II o III (non cumulabili tra loro n con Lefort I)	700	1.400	2.100
Frattura mandibolare (per lato)	350	700	1.050
Trauma cranico commotivo con focolai contusivi a livello cerebrale	600	1.200	1.800
COLONNA VERTEBRALE			
TRATTO CERVICALE			
Frattura corpo III-IV-V-VI-VII vertebra (per ogni vertebra)	1.000	2.000	3.000
Frattura corpo o processo trasverso o processo spinoso II vertebra	1.000	2.000	3.000
Frattura arco anteriore o arco posteriore o masse laterali (processo trasverso o processi articolari) I vertebra	1.000	2.000	3.000
TRATTO DORSALE			
Frattura corpo con schiacciamento dalla I alla XI vertebra (per ogni vertebra)	500	1.000	1.500
Frattura del corpo con schiacciamento XII vertebra	1.000	2.000	3.000
Frattura del corpo senza schiacciamento XII vertebra	150	300	450
TRATTO LOMBARE			
Frattura corpo con schiacciamento (per ogni vertebra)	1.000	2.000	3.000
Frattura processo spinoso o processi trasversi dalla I alla V vertebra con schiacciamento (per ogni vertebra)	1.000	2.000	3.000
Frattura processo spinoso o processi trasversi dalla I alla V vertebra senza schiacciamento (per ogni vertebra)	400	800	1.200
OSSO SACRO			
Frattura corpi vertebrali o base o ali o processi articolari o apice o creste spinali	400	800	1.200
COCCIGI			
Frattura corpi o base o corna o processi trasversi o apice	400	800	1.200
BACINO			
Frattura ali iliache o branca ileo-ischio-pubica (di un lato) o del pube	350	700	1.050
Frattura acetabolare (per lato)	800	1.600	2.400
TORACE			
Frattura sterno	350	700	1.050
ARTO SUPERIORE (DX O SX)			
BRACCIO			
Frattura epifisi prossimale o superiore omerale (delimitata dal collo chirurgico)	700	1.400	2.100
Frattura epifisi distale o inferiore omerale (delimitata dalla linea ideale che unisce troclea e capitello)	700	1.400	2.100
AVANBRACCIO			
Frattura epifisi prossimale radio (frattura tuberosità radiale o capitello o collo o circonferenza articolare)	400	800	1.200
Frattura epifisi distale radio e/o ulna (faccia articolare carpica o processo stiloideo o incisura ulnare)	600	1.200	1.800
Frattura epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisura semilunare e radiale)	400	800	1.200
Frattura biossea radio e ulna scomposta	600	1.200	1.800
POLSO E MANO			
Frattura scafoide	350	700	1.050
Frattura I metacarpale	250	500	750
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA			
Pollice	800	1.600	2.400
Indice	500	1.000	1.500
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA			
Pollice	400	800	1.200
ARTO INFERIORE (DX O SX)			
FRATTURA FEMORE			
Diafisaria	350	700	1.050
Epifisi prossimale (protesi d'anca)	1.600	3.200	4.800
Epifisi prossimale non protesizzata	400	800	1.200

Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro INFORTUNI



Contratto multirischi di durata annuale a Protezione a protezione degli Infortuni

Epifisi distale (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	400	800	1.200
Frattura rotula	200	400	600
FRATTURA TIBIA			
Diafisaria	200	400	600
Estremità superiore (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	500	1.000	1.500
Estremità inferiore (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	350	700	1.050
FRATTURA PERONE			
Estremità inferiore (malleolo laterale o faccetta articolare)	350	700	1.050
Frattura biossea tibia e perone composta e scomposta	400	800	1.200

PIEDE			
TARSO			
Frattura astragalo	600	1.200	1.800
Frattura calcagno	700	1.400	2.100
Frattura cuboide	350	700	1.050
METATARSI			
Frattura I metatarsale	350	700	1.050

LESIONI PARTICOLARI			
Asportazione chirurgica di parte di teca cranica (indipendentemente dall'estensione della breccia)	400	800	1.200
Rottura milza con splenectomia	350	1.700	2.050
Rottura rene con nefrectomia	1.000	2.000	3.000
Esiti epatectomia	800	1.600	2.400
Epatiti tossiche o infettive (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	1.250	2.500	3.750
Perdita anatomica di un globo oculare	2.500	5.000	7.500
Cecità monolaterale (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	2.250	4.500	6.650
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	9.000	18.000	27.000
Sordità completa unilaterale	1.000	2.000	3.000
Sordità completa bilaterale	2.250	4.500	6.650
Perdita naso (oltre i due terzi)	1.250	2.500	3.750
Perdita lingua (oltre i due terzi)	2.250	4.500	6.650
Perdita completa di un padiglione auricolare	250	500	750
Perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari	400	800	1.200
Protesi d'anca (non cumulabile) *	1.750	3.500	5.250
Protesi di ginocchio (non cumulabile) *	1.750	3.500	5.250
Patellectomia totale	1.250	2.500	3.750
Patellectomia parziale	350	700	1.050
Perdita anatomica di un testicolo	200	400	600
Perdita anatomica dei due testicoli	1.250	2.500	3.750
Perdita anatomica del pene	2.250	4.500	6.750
Ustioni estese a più del 25% della superficie corporea	3.000	6.000	9.000

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE			
Rottura della cuffia dei rotatori (trattata chirurgicamente) – non cumulabile *	500	1.000	1.500
Rottura del tendine distale del bicipite brachiale (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Rottura del tendine prossimale del bicipite brachiale (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Rottura dei tendini delle dita di una mano (trattata chirurgicamente) – valore massimo per ogni dito	750	1.500	2.250
Rottura dei tendini del quadrupite femorale (trattata chirurgicamente) – non cumulabile *	750	1.500	2.250
Lussazione articolazione temporo-mandibolare (documentata radiologicamente)	350	700	1.050
Lussazione recidivante gleno-omeroale (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione gleno-omeroale (evidenziata radiologicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione sterno-claveare (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione acromion-claveare (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione gomito (evidenziata radiologicamente)	750	1.500	2.250
Lussazione radio-carpica (trattata chirurgicamente) – non cumulabile *	400	800	1.200
Lussazione MF o IF pollice (trattata chirurgicamente)	400	800	1.200
Lussazione d'anca Documentata radiologicamente)	750	1.500	2.250
Lussazione metatarso-falangea o IF dell'alluce (documentata radiologicamente)	350	700	1.050
Lesione dei legamenti collaterali del ginocchio (trattata chirurgicamente)	1.250	2.500	3.750
Lesioni del crociato anteriore o posteriore o del piatto tibiale (trattata chirurgicamente) – non cumulabili tra loro	800	1.600	2.400
Lesione tendine rotuleo (trattata chirurgicamente)	400	800	1.200
Lesioni capsulo-legamentose della tibio-peroneo-astraglica (trattata chirurgicamente) -non cumulabili tra loro	750	1.500	2.250

Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro INFORTUNI

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione a protezione degli Infortuni



AMPUTAZIONI			
ARTO SUPERIORE			
Amputazione dell'arto superiore	5.000	10.000	15.000
Amputazione di una mano o di tutte le dita di una mano	4.000	8.000	12.000
Amputazione pollice + 3 dita	3.500	7.000	10.050
Amputazione pollice + 2 dita	2.500	5.000	7.500
Amputazione 2 dita	1.250	2.500	3.750
Amputazione oltre i due terzi del pollice	1.250	2.500	3.750
Amputazione oltre i due terzi altre dita	400	800	1.200
Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale del pollice	1.000	2.000	3.000
Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale altre dita	200	400	1.200
Amputazione ultime due falangi dita lunghe	500	1.000	1.500
ARTO INFERIORE			
Amputazione oltre i due terzi dell'arto inferiore (al di sopra della metà della coscia)	5.000	10.000	15.000
Amputazione al di sotto della metà della coscia (ma al di sopra del ginocchio)	5.000	10.000	15.000
Amputazione oltre i due terzi della gamba (al di sotto del ginocchio)	5.000	10.000	15.000
Amputazione di gamba al terzo inferiore	4.250	8.500	12.750
Perdita di un piede	4.250	8.500	12.750
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarsale	2.250	4.500	6.750
Perdita di ambedue i piedi	9.000	18.000	27.000
Perdita dell'alluce	1.250	2.500	3.750
Perdita della falange ungueale dell'alluce	600	1.200	1.800

(*) NON CUMULABILE: l'indennizzo non può essere cumulato con altri indennizzi riportati nella tabella Indennizzo da Infortunio.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati da Net Insurance S.p.A., 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 la Società (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, la Società venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

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

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

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

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

4) Modalità del trattamento dei dati

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

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

5) Destinatari dei dati

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

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

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, la Compagnia si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo

responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

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