

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

PROTECTION BUSINESS

Contratto multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

PER AREA FAMIGLIA E AFFETTI

- IL DIP VITA
- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

PER AREA BENESSERE E SALUTE

- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE - BENESSERE
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI - BENESSERE
- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE - SALUTE
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI - SALUTE

PER AREA PATRIMONIO

- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE - PATRIMONIO
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI - PATRIMONIO
- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE - CYBER
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI - CYBER

LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

IL FAC-SIMILE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVO DI QUESTIONARIO SANITARIO

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA 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 Semplici e Chiari”.



Prodotto Assicurativo a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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

Net Insurance Life S.p.A.

PROTECTION BUSINESS

Ed. 06/2025

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione Vita puro rischio, temporanea caso morte a capitale costante a premio annuo rinnovabile in funzione dell'età raggiunta al rinnovo.

Tale garanzia e le garanzie delle sezioni danni compongono il prodotto multigaranzia Protection Business pensato per la protezione dei beni, delle persone e del patrimonio dedicati alle Attività aziendali.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno FAMIGLIA E AFFETTI.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Decesso: in caso di Decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso della durata dell'assicurazione, NET INSURANCE LIFE S.p.A. riconosce al beneficiario il pagamento della prestazione assicurata in un'unica soluzione. Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

La predetta garanzia di ramo Vita è prestata congiuntamente alle garanzie di ramo danni offerte dalla Società NET INSURANCE S.p.A e previste dalla Polizza multigaranzia Protection.

La Prestazione Assicurata non può essere superiore ad € 300.000,00. Qualora l'Assicurato, all'ingresso in copertura, abbia un'età superiore a 60 anni, la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000.



Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età non compresa tra 18 anni 70 anni
- ✗ l'Assicurato che in fase di stipula non abbia risposto alle domande riportate nel questionario sanitario
- ✗ l'Assicurato che abbia risposto a questionario sanitario con una sola risposta positiva

Inoltre:

- ✗ la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni. Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.



Ci sono limiti di copertura?

Il Rischio morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa salvo le seguenti esclusioni previste:

- ! dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, l'atto intenzionale dell'Assicurato (in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio), e la partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi. Sono anche esclusi gli atti compiuti dall'Assicurato quando si trovi in stato di incapacità di Garanzia;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una

	situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa; ! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti; ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi; La garanzia non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i 6 mesi immediatamente successivi alla Conclusione del contratto di Assicurazione.
--	---



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:**
 - Il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di rilasciare dichiarazioni che siano vere, esatte e non reticenti;
 - il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di sottoscrivere e di completare in ogni parte la Proposta di Assicurazione;
 - l'Assicurato deve compilare il Questionario Sanitario e, ove richiesto, deve sottoporsi a Visita Medica o completare il Rapporto di visita medica ed eventualmente presentare ulteriore documentazione se richiesta.
- **In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro:**
 - l'Avente diritto è tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.



Quando e come devo pagare?

Il Contraente può versare i premi mediante addebito in conto corrente, SDD o bonifico. Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuale frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi se il premio della Polizza multigaranzia Protection è uguale o maggiore ad € 120,00. Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione. Ad ogni rinnovo annuale, si procederà all'adeguamento del Premio applicando per ogni Assicurato il nuovo Premio corrispondente all'età corrente dell'Assicurato, secondo la tabella di tasso, da applicare per ogni € 1.000,00 di somma assicurata.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo. Il contratto si intende concluso nel momento in cui la Compagnia accetta la Proposta di assicurazione del Contraente. L'assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.



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

La Revoca o Recesso possono essere esercitati, a scelta del Contraente a mezzo lettera raccomandata oppure a mezzo posta elettronica certificata. L'esercizio della Revoca o del Recesso libera la Compagnia da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato. La Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto. Per impedire il rinnovo automatico della polizza almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del Contratto, il Contraente può inviare alla Società la richiesta di disdetta con lettera raccomandata. La Proposta di Assicurazione è revocabile fino alla Data di Decorrenza.

Il Contraente ha altresì il diritto di esercitare Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

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

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione danni che prevede diverse garanzie costituisce, insieme all'assicurazione temporanea caso morte, la Polizza multigaranzia Protection Business pensata per la protezione dei beni, delle persone e del patrimonio dedicati alle Attività aziendali.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno FAMIGLIA E AFFETTI.



Che cosa è assicurato?

✓ Indennitaria Gravi malattie

L'Assicurazione vale in caso di Malattie Gravi, sempreché rientranti tra quelle riportate e definite nella "Definizione di Malattie Gravi", che venga diagnosticata all'Assicurato dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa. La somma massima indennizzabile è pari a Euro 30.000.

✓ Assistenza alle Persone

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio o Malattia e, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, la Compagnia mette a disposizione delle persone Assicurate un Servizio di Assistenza.

✓ Assistenza Travel

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio o Malattia e, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, la Compagnia mette a disposizione delle persone Assicurate un Servizio di Assistenza qualora si trovassero in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro occorsogli nel corso di un Viaggio di lavoro effettuato per eseguire una mansione connessa all'attività svolta in capo al Contraente.

✓ Assistenza Travel Gold

Per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, la Compagnia mette a disposizione delle persone Assicurate una serie di Prestazioni per il caso di eventi che possano occorrergli nel corso di un Viaggio di lavoro effettuato per eseguire una mansione connessa all'attività svolta in capo al Contraente.



Che cosa non è assicurato?

Per la Garanzia Indennitaria Gravi Malattie:

- ✗ L'Assicurato che al momento dell'adesione abbia un'età non compresa tra 18 anni 64 anni;
- ✗ L'Assicurato che in fase di stipula non abbia risposto alle domande riportate nel questionario sanitario o abbia risposto con una sola risposta positiva o rientri nella definizione di "Persone non assicurabili".

Inoltre: alla scadenza dell'Assicurazione, l'età dell'Assicurato non può risultare superiore a 65 anni. Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione.

Per la Garanzia Assistenza alle Persone:

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 vengono fornite con esclusione delle spese che l'Assicurato avrebbe comunque dovuto sostenere e che pertanto restano a suo carico.

Per le Garanzie Assistenza Travel e Assistenza Travel Gold, sono esclusi i sinistri relativi a malattie o infortuni in atto al momento della partenza per il viaggio. È inoltre esclusa la responsabilità per dolo o colpa grave dell'Assicurato. Sono altresì esclusi eventi collegati a rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi e atti di vandalismo, e non forniscono prestazioni in paesi in stato di belligeranza o tumulti popolari. **Sono inoltre previste per la Garanzie Travel esclusioni specifiche per le seguenti singole Prestazioni: Rientro Sanitario e Trasferimento verso Centro Ospedaliero Attrezzato:** infermità o lesioni curabili sul posto o che non impediscono di proseguire il viaggio, malattie infettive se il trasporto viola norme sanitarie, spese funebri, di ricerca o recupero salma che non siano per il trasporto. Sono altresì esclusi i casi di dimissioni volontarie contro parere medico, mancate denunce alla Struttura Organizzativa di

ricovero o pronto soccorso, lesioni curabili nella regione di residenza, terapie riabilitative, e spese per difetti fisici/malformazioni congenite, estetica, cure infermieristiche, fisioterapiche, termali, dimagranti e dentarie (salvo infortunio). Riguardo al **Rientro con un compagno di viaggio assicurato**, sono escluse le spese di soggiorno del compagno di viaggio. Per il **Viaggio di un familiare**, sono escluse le spese di albergo diverse da camera e prima colazione. **Sono inoltre previste per la Garanzie Travel Gold esclusioni specifiche per le seguenti singole Prestazioni:** Assistenza Veicolo per raggiungere il luogo di partenza in Italia, Rientro Anticipato, Anticipo Spese di prima necessità, Invio Bagaglio Sostitutivo. **Sono inoltre previste per la Garanzie Travel Gold esclusioni specifiche per le seguenti singole Prestazioni:** per l'**Assistenza Veicolo per raggiungere il luogo di partenza in Italia**, sono escluse le spese per pezzi di ricambio e altre riparazioni, spese per mezzi eccezionali di recupero, e spese per il traino se il veicolo ha subito incidente o guasto fuori dalla rete stradale pubblica o aree equivalenti (es. fuoristrada). Per il **Rientro Anticipato**, sono esclusi i casi in cui l'Assicurato non fornisce adeguate informazioni sui motivi della richiesta. Per l'**Anticipo spese di prima necessità**, sono esclusi i trasferimenti di valuta all'estero che violano disposizioni vigenti in Italia o nel Paese, e i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire adeguate garanzie di restituzione in Italia. Infine, per l'**Invio bagaglio sostitutivo**, la prestazione non è operante se il rientro dell'Assicurato è anteriore al numero di giorni necessari alla spedizione.



Ci sono limiti di copertura?

Non sono previsti Franchigie e Scoperti.

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate con la presente polizza o con altre polizze stipulate con l'Assicuratore, l'importo complessivo – limite catastrofale – a carico dell'Assicuratore, congiuntamente per le **Garanzie Assistenza Travel e Assistenza Travel Gold**, non potrà superare il limite massimo di € 5.000.000,00 per evento. Nell'eventualità che i costi legati alle Garanzie eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti a ciascun Assicurato coinvolto in caso di Sinistro, saranno adeguate con riduzione e imputazione proporzionale ai massimali previsti, in modo che la somma di tutti gli indennizzi/rimborsi/costi di presa a carico, non superino il limite catastrofale indicato.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura **Indennitaria Gravi malattie** vale in tutto il Mondo.
- ✓ Per la copertura **Assistenza alla Persona** le prestazioni di trasporto sono valide solo Italia, fermo restando che i consulti medici telefonici possono essere attivati da ovunque l'Assicurato si trovi.
- ✓ Per le coperture **Assistenza Travel e Assistenza Travel Gold** l'Assicurazione è valida in tutti i paesi del mondo ad esclusione delle seguenti aree geografiche: Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc

Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- Hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, devi darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del Sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



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 semestrali o 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 una 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 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.

Assicurazione Danni

Prodotto Assicurativo a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno FAMIGLIA E AFFETTI.

Società

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

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

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

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 51.141.876 e il risultato economico di periodo ammonta a € 17.941.625.

L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 229,54%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Per tutte le Garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. I Clienti possono costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfa le loro esigenze di Protezione, combinando le Garanzie previste in Polizza e garantendo un indennizzo per i danni subiti dagli Assicurati indicati.

Per aspetti di dettaglio delle singole Garanzie:

TEMPORANEA CASO MORTE: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 24, pag. 19/137.

INDENNITARIA GRAVI MALATTIE: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 39, pag. 22/137.

ASSISTENZA ALLE PERSONE: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 90, pag. 58/137.

ASSISTENZA TRAVEL: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 93, pag. 62/137.

ASSISTENZA TRAVEL GOLD: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 96, pag. 66/137.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, sono presenti le seguenti esclusioni comuni alle Garanzie **Temporanea caso morte e Indennitaria Gravi Malattie**:

Guerra, Insurrezioni, Tumulti Popolari e Atti di Terrorismo: guerra e insurrezioni, atti di terrorismo con impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche e partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato. Per la Garanzia Temporanea Caso Morte sono esclusi eventi legati a soggiorni in paesi sconsigliati dal Ministero degli Esteri a causa di instabilità.

Condizioni Preesistenti, Malattie e Patologie Note Prima del Contratto: nella **Garanzia Indennitaria Gravi Malattie** alcune condizioni specifiche (alcolismo, tossicodipendenza, HIV/AIDS, BMI fuori range, attesa di ricovero/intervento, diagnosi/cure pregresse per malattie gravi listate, alta invalidità, esiti diagnostici recenti fuori norma, parenti di primo grado con specifiche malattie gravi precoci) rendono la persona non assicurabile; in particolare nella Garanzia **Assistenza alle Persone**, sono esclusi eventi provocati o dipendenti da Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto.

Abuso di Alcol, Sostanze stupefacenti e Stati Correlati: in particolare, nella **Garanzia Indennitaria Gravi Malattie**, le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza sono non assicurabili.

Attività Pericolose (Sportive e Lavorative): è esclusa la pratica di sport estremi e pericolosi specificamente elencati, così come l'esercizio di specifiche attività lavorative pericolose.

Indennitaria Gravi Malattie:

Condizioni Psichiatriche e Disturbi Mentali: malattie mentali e disturbi psichici in genere (incluse sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, paranoici, forme maniaco-depressive e loro conseguenze) sono le condizioni che rendono una persona non assicurabile.

Per la Garanzia Assistenza alle Persone sono presenti le seguenti esclusioni specifiche: eventi preesistenti alla stipula del contratto (infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici o stati patologici già diagnosticati). Partecipazione attiva a delitti dolosi, aborto volontario non terapeutico e infortuni derivanti da azioni delittuose compiute dall'Assicurato (sono invece coperti infortuni da imprudenza o negligenza, anche gravi). Stati patologici correlati all'infezione da HIV, malattie mentali e disturbi psichici in generale (incluse sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, paranoici, forme maniaco-depressive e loro complicanze). Conseguenze di infortuni e malattie dovute all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni o all'uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti. Pratica di sport aerei e partecipazione a gare motoristiche (e relative prove/allenamenti), ad eccezione delle gare di regolarità. Non sono coperte le attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco. Eventi come guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente. Soggiorni in stabilimenti termali, case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza o case di riposo. **Per le Garanzia Assistenza Travel e Assistenza Travel Gold sono presenti le seguenti esclusioni specifiche**: dolo dell'Assicurato o colpa grave. Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio. Malattie croniche. Espianto e/o trapianto di organi, e qualsiasi viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a visite e/o trattamenti medico-chirurgici. Sport professionali (comprese gare, prove ed allenamenti) e sport considerati estremi o pericolosi, come guida e uso di deltaplani, paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà. Per bob, Kit surfing e immersioni con autorespiratore, l'esclusione non opera se l'attività è svolta a carattere ricreativo e occasionale. Partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme e atti di temerarietà, incluse le gare podistiche. Tutte le attività professionali che comportano uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare. Specificamente per la prestazione di "Trasferimento verso centro ospedaliero attrezzato", sono escluse le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel Danni sono espresse maggiori informazioni per Franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo.

Garanzia	Franchigia	Scoperto	Carenza	Limite di Indennizzo
TEMPORANEA CASO MORTE	---	---	6 mesi dalla conclusione del Contratto di Assicurazione.	Indennizzo fino ad € 300.000,00; qualora l'Assicurato, all'ingresso in copertura, abbia un'età superiore a 60 anni, la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000.
INDENNITARIA GRAVI MALATTIE	---	---	Nessun Indennizzo verrà pagato se durante i primi 90 (novanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione: - l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie Gravi coperte,	€ 10.000,00 € 20.000,00 € 30.000,00 Secondo la somma assicurata indicata in Polizza, l'Indennizzo viene corrisposto all'Assicurato una sola volta nell'arco dell'intera durata dell'Assicurazione e solo se viene diagnosticata per la prima volta una Malattia Grave, indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione e purché l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento.

			indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure - all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie Gravi coperte ai sensi dell'Assicurazione.	L'Assicurazione non prevede il pagamento di alcuna prestazione qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza).
ASSISTENZA ALLE PERSONE	---	---	---	Prestazioni sono erogate per un massimo di tre volte per ciascun tipo per Anno assicurativo. Le spese che l'Assicurato avrebbe comunque sostenuto non sono coperte e restano a suo carico. Limiti per prestazioni specifiche: a titolo esemplificativo, il trasporto dal pronto soccorso ha un limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno). L'invio di un fisioterapista a domicilio è coperto fino a un massimo di 10 sedute per Sinistro , mentre l'invio di una collaboratrice familiare ha un limite di 10 ore per Sinistro , da usufruire in non più di 5 giorni . L'assistenza domiciliare integrata post-ricovero è prevista per un massimo di 7 giorni continuativi e non frazionabili successivi al ricovero. Per la prestazione di assistenza domiciliare, è richiesto all'Assicurato di prendere contatto con la Struttura Organizzativa con almeno 48 ore di preavviso per l'attivazione dei servizi.
ASSISTENZA TRAVEL	---	---	---	
ASSISTENZA TRAVEL GOLD	---	---		Limiti differenziati per singole prestazioni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato al Cliente della Banca che voglia avere una protezione dai Rischi attinenti all'area delle persone ed all'area del patrimonio.



Quali costi devo sostenere?

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

L'intermediario percepisce una commissione pari al 33% del premio imponibile corrisposto per la Garanzia Temporanea Caso Morte.

L'intermediario percepisce una commissione pari al 30% del premio imponibile corrisposto per tutte le altre Garanzie.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:

- **PEC:** ufficio.reclami@pec.netinsurance.it
- **Posta:** NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA
- **Fax:** +39 06 89326.570

avendo cura di indicare:

- nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.

Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.

Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	- La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. - Nel caso in cui il Contraente sia una società di persone o di capitali, i premi versati all'Impresa Assicuratrice aventi ad oggetti il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia sono deducibili se, ai sensi della normativa fiscale applicabile al caso di specie (Art. 109, comma 5, Tuir), risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile. È consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.
Cos'è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. Dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	

Assicurazione Danni

Prodotto Assicurativo a Protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Net Insurance S.p.A.

Prodotto: PROTECTION BUSINESS



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

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione danni che prevede diverse garanzie costituisce, insieme all'assicurazione temporanea caso morte, la Polizza multigaranzia Protection Business pensata per la protezione dei beni, delle persone e del patrimonio dedicati alle Attività aziendali.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno BENESSERE E SALUTE-Benessere.



Che cosa è assicurato?

✓ Infortuni

Capitale in caso di Morte o Invalidità Permanente, Rimborso per Spese di cura, Somma giornaliera per Inabilità temporanea e Diaria da Ricovero.

La somma assicurata massima è Euro 500.000.

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 5.000.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Per la sezione Infortuni, l'età dell'Assicurato non può risultare superiore a 70 anni per la garanzia diaria da ricovero e 75 anni per le altre garanzie.



Ci sono limiti di copertura?

La modalità di liquidazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio dipende dalla fascia di Capitale Assicurato:

- sul Capitale Assicurato **fino ad € 250.000,00**, la percentuale di IP liquidata viene determinata secondo una specifica scala, che prevede una liquidazione ridotta per percentuali di IP accertata dall'1% all'9%, e una liquidazione corrispondente alla percentuale accertata per IP dal 10% al 65%, fino al 100% per IP dal 66% al 100%.
- sulla parte di Capitale Assicurato **eccedente € 250.000,00**, non si darà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari od inferiore all'8% della totale. Se l'IP accertata su questa fascia di Capitale Assicurato risulterà invece superiore all'8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando una **Franchigia dell'8%**.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura Infortuni vale in tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- Hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, devi darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del Sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



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 semestrali o 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 una 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 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.

Assicurazione Danni

Prodotto Assicurativo a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno BENESSERE E SALUTE-Benessere.

Società

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

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

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

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 51.141.876 e il risultato economico di periodo ammonta a € 17.941.625.

L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 229,54%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Per tutte le Garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. I Clienti possono costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfa le loro esigenze di Protezione, combinando le Garanzie previste in Polizza e garantendo un indennizzo per i danni subiti dagli Assicurati indicati.

Per aspetti di dettaglio delle singole Garanzie:

MORTE DA INFORTUNIO: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 58, pag. 29/137.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO: se opzionate: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 58, pag. 29/137.

INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO: se opzionate: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 58, pag. 30/137.

RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO: se opzionate: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 58, pag. 31/137.

DIARIA DA RICOVERO: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 58, pag. 31/137.

SPORT PERICOLOSI: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 58, pag. 32/137

CONTO PROTETTO: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 58, pag. 32/137



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, sono presenti le seguenti esclusioni specifiche delle Garanzie della Sezione **INFORTUNI**:

Guerra, Insurrezioni, Tumulti Popolari e Atti di Terrorismo: guerra e insurrezioni, atti di terrorismo con impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche e partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato. Per la Garanzia Temporanea Caso Morte sono esclusi eventi legati a soggiorni in paesi sconsigliati dal Ministero degli Esteri a causa di instabilità.

Trasformazioni/Assestamenti Atomici ed Eventi Nucleari: trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche.

Movimenti Tellurici (terremoti), Inondazioni, Alluvioni, Eruzioni Vulcaniche: eventi conseguenti o derivanti da catastrofi naturali

Condizioni Preesistenti, Malattie e Patologie Note Prima del Contratto: sono esclusi eventi derivanti da infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati o noti (in quanto già diagnosticati o curati) anteriormente alla stipulazione del contratto o alla data di decorrenza della polizza; l'infezione da HIV è motivo di non assicurabilità.

Abuso di Alcol, Sostanze Stupefacenti e Stati Correlati: le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza sono non assicurabili.

Atti Intenzionali dell'Assicurato, Dolo e Partecipazione a Crimini: è escluso il dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, l'atto intenzionale dell'Assicurato (in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio), e la partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi. Sono anche esclusi gli atti compiuti dall'Assicurato quando si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere auto-procurata.

Infortuni derivanti dalla pratica di sport professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove o allenamenti o dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore mountain bike e "downhill".

Infortuni durante la manipolazione di materiale pirotecnico o esplosivi.

Sono definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del contratto di Assicurazione: hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99 (indice valido per persone di Età maggiore o uguale a 18 anni); siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico; abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o sono in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi: cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma (tale esclusione, ai sensi della L. 7/12/2003 N.193 non si estende alle patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato); malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris; malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale; broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria; epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa; nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere, Diabete (tipo 1 e 2); morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite; soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci; hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla; si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti. **Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in alcun modo più operante per detto Assicurato.** Sono escluse inoltre le Prestazioni non espressamente specificate nelle singole Garanzie.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel Danni sono esposte maggiori informazioni per Franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo. Per la **Garanzia Morte da Infortunio**, è previsto limite massimo di Capitale Assicurato pari a **€ 500.000,00**. L'Indennizzo è dovuto dalla Compagnia se l'evento mortale si verifica entro **2 anni** dal giorno dell'Infortunio, anche se successivamente alla scadenza del Contratto. In caso di morte presunta, l'Indennizzo sarà liquidato dopo almeno **sei mesi** dalla dichiarazione di morte presunta. Non sono indicate Franchigie, Scoperti o Carenze.

Per la **Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio (IP)**, il Capitale Assicurato massimo è fissato a **€ 500.000,00**. L'Indennizzo è dovuto dalla Compagnia se l'evento che determina l'IP si verifica entro **2 anni** dal giorno dell'Infortunio.

La modalità di liquidazione dell'IP dipende dalla fascia di Capitale Assicurato:

- sul Capitale Assicurato **fino ad € 250.000,00**, la percentuale di IP liquidata viene determinata secondo una specifica scala, che prevede una liquidazione ridotta per percentuali di IP accertata dall'1% all'8%, e una liquidazione corrispondente alla percentuale accertata per IP dal 10% al 65%, fino al 100% per IP dal 66% al 100%.
- sulla parte di Capitale Assicurato **eccedente € 250.000,00**, non si darà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari od inferiore all'8% della totale. Se l'IP accertata su questa fascia di Capitale Assicurato risulterà invece superiore all'8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando una **Franchigia dell'8%**.

Per la **Garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio**, i giorni indennizzabili vengono calcolati con la detrazione di una **Franchigia di 7 giorni**. L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta per un **periodo massimo di 260 giorni per Sinistro**. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione si basa sulla data di guarigione prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo diversa valutazione della Compagnia. Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo che comportino Ricovero o Intervento chirurgico, la Compagnia corrisponde l'Indennità Giornaliera per un **periodo massimo di 20 giorni per Sinistro**.

Per la **Garanzia Rimborso Spese di Cura da Infortunio**, si applica uno **Scoperto del 10%**, con un **minimo di € 50,00** a carico dell'Assicurato. Le prestazioni sono riconosciute per i **120 giorni successivi** alla data dell'Infortunio. È prevista un'estensione per i danni estetici, con un limite massimo di **€ 5.000**.

Per la **Garanzia Diaria da Ricovero**, si applica una **Franchigia di 2 giorni**. Tale Franchigia **non verrà applicata** nei casi di Ricovero conseguente ad Infortunio e/o Intervento Chirurgico superiore a **7 giorni**, o in caso di donazione di organi. La diaria viene corrisposta con un **massimo di 365 giorni per sinistro ed anno assicurativo**. L'Assicurazione vale anche in caso di Ricovero per donazione di organi e in caso di 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 una stessa Malattia od Infortunio; in questi casi, l'Indennità giornaliera è corrisposta in misura pari al **50%**. In caso di Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile, anche se indipendente dal Ricovero, viene corrisposta la diaria prevista per il Ricovero fino alla rimozione dell'Apparecchio, comunque per un **massimo di 60 giorni**. In caso di Convalescenza domiciliare successiva a Ricovero indennizzabile, la Compagnia corrisponde un'Indennità giornaliera pari al **50%** della diaria in Polizza, con limiti specifici: **Ricovero per Intervento chirurgico**: Indennità pari ai giorni di Ricovero con un **minimo di 3 giorni e un massimo di 30 giorni**; **Ricovero senza Intervento chirurgico** superiore a 7 giorni: Indennità pari ai giorni di Ricovero con un **massimo di 30 giorni**; **Day surgery, solo con Intervento chirurgico in anestesia totale od epidurale**: Indennità pari a **3 giorni**. Il periodo di Convalescenza decorre dal giorno successivo alla cessazione del Ricovero o del Day surgery. Per la **Garanzia Conto Protetto**, la validità della Garanzia è legata al verificarsi dell'Infortunio che causa morte o invalidità permanente superiore al 60% **entro 2 anni dal giorno dell'infortunio stesso**, anche se questo si verifica successivamente alla scadenza del contratto. I capitali assicurati, che rappresentano i limiti massimi di indennizzo per sinistro e per anno assicurativo, sono i seguenti: fino a **Euro 50.000,00** per il saldo contabile debitore del conto corrente indicato in Polizza, risultante alle ore 24 del giorno precedente l'infortunio; fino a **Euro 20.000,00** per le spese domiciliate movimentate sul conto corrente nei 6 mesi precedenti l'infortunio (utenze, pagamenti con carte di credito, canoni di locazione finanziaria, stipendi dei dipendenti, rate di finanziamento e/o fido); se il saldo contabile non è debitore al momento del sinistro, verranno liquidate solo le spese domiciliate.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato al Cliente della Banca che voglia avere una protezione dai Rischi attinenti all'area delle persone ed all'area del patrimonio.



Quali costi devo sostenere?

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

L'intermediario percepisce una commissione pari al 30% del premio imponibile corrisposto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: • PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it • Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA • Fax: +39 06 89326.570 avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
---	--

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	- La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. - Nel caso in cui il Contraente sia una società di persone o di capitali, i premi versati all'Impresa Assicuratrice aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia sono deducibili se, ai sensi della normativa fiscale applicabile al caso di specie (Art. 109, comma 5, Tuir), risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile. È consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.
---	--

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. Dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

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

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione danni che prevede diverse garanzie costituisce, insieme all'assicurazione temporanea caso morte, la Polizza multigaranzia Protection Business pensata per la protezione dei beni, delle persone e del patrimonio dedicati alle Attività aziendali.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno BENESSERE E SALUTE-Salute.



Che cosa è assicurato?

✓ Invalidità Permanente da Malattia

Capitale assicurato in caso di Invalidità permanente, causata da Malattia, che abbia per conseguenza un'Invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado non inferiore al 65% della totale, insorta successivamente alla data di decorrenza della Polizza e, comunque non oltre la scadenza della stessa. La somma massima assicurata è pari a Euro 250.000.

✓ Salute

In base al piano assicurativo prescelto, somma giornaliera per garanzie ospedaliere, indennizzo forfettario per surgical cash, rimborso spese per accertamenti diagnostici compresi ricoveri, visite specialistiche, spese sanitarie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese odontoiatriche e check-up. I massimali sono prestabiliti e sono applicati per anno assicurativo, per persona o, qualora previsto per gruppo familiare.

✓ Assistenza alle Persone

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio o Malattia e, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, la Compagnia mette a disposizione delle persone Assicurate un Servizio di Assistenza.

✓ Assistenza Travel

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio o Malattia e, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, la Compagnia mette a disposizione delle persone Assicurate un Servizio di Assistenza qualora si trovassero in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro occorsogli nel corso di un Viaggio di lavoro effettuato per eseguire una mansione connessa all'attività svolta in capo al Contraente.

✓ Assistenza Travel Gold

Per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, la Compagnia mette a



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Per la sezione Invalidità permanente da Malattia: l'Assicurato che al momento dell'adesione abbia un'età non compresa tra 18 anni 65 anni.

- ✗ Per la sezione Salute: l'Assicurato che al momento dell'adesione abbia un'età superiore a 70 anni.

Inoltre: alla scadenza dell'Assicurazione, l'età:

- ✗ Per la sezione Invalidità Permanente da Malattia non può risultare superiore a 70 anni.
- ✗ Per la sezione Salute, l'età massima all'uscita non può essere superiore ai 75 anni compiuti.

Per la Sezione Salute, le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione;

Per la sezione Invalidità Permanente da Malattia possono recedere ad ogni scadenza annua successiva ai 70 anni.

Per la Garanzia Assistenza alle Persone: 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 vengono fornite con esclusione delle spese che l'Assicurato avrebbe comunque dovuto sostenere e che pertanto restano a suo carico.



Ci sono limiti di copertura?

Sono presenti le seguenti esclusioni comuni alle Sezioni **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA e ASSISTENZA ALLA PERSONA:**

Guerra, Insurrezioni, Tumulti Popolari e Atti di Terrorismo: guerra e insurrezioni, atti di terrorismo con impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche e partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato. Per la Garanzia Temporanea Caso Morte sono esclusi eventi legati a soggiorni in paesi sconsigliati dal Ministero degli Esteri a causa di instabilità.

Trasformazioni/Assestamenti Atomici ed Eventi Nucleari: trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche.

Movimenti Tellurici (terremoti), Inondazioni, Alluvioni, Eruzioni Vulcaniche: eventi conseguenti o derivanti da catastrofi naturali

disposizione delle persone Assicurate una serie di Prestazioni per il caso di eventi che possano occorrergli nel corso di un Viaggio di lavoro effettuato per eseguire una mansione connessa all'attività svolta in capo al Contraente.

Condizioni Preesistenti, Malattie e Patologie Note

Prima del Contratto: sono esclusi eventi derivanti da infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati o noti (in quanto già diagnosticati o curati) anteriormente alla stipulazione del contratto o alla data di decorrenza della polizza; in particolare nella Garanzia **Assistenza alla Persona**, sono esclusi eventi provocati o dipendenti da Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto; in particolare, nella **Sezione Infortuni**, l'infezione da HIV è anche motivo di non assicurabilità.

Abuso di Alcol, Sostanze Stupefacenti e Stati Correlati: in particolare, nella **Sezione Infortuni**, le persone affette da alcolismo o tossicodipendenza sono non assicurabili; nella **Garanzia Assistenza alla Persona**, sono esclusi Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti.

Atti Intenzionali dell'Assicurato, Dolo e Partecipazione a Crimini: è escluso il dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, l'atto intenzionale dell'Assicurato (in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio), e la partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi. Sono anche esclusi gli atti compiuti dall'Assicurato quando si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere auto-procurata.

Esclusioni specifiche per la Garanzia DENTAL:

L'Assicurazione non è operante: Prestazioni iniziate e non concluse prima della data di inizio della copertura. Per le sole prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica", sono escluse le patologie preesistenti alla data di decorrenza. Prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il Periodo di efficacia dell'Assicurazione. Cure non urgenti: Cure o trattamenti che non rientrano nella definizione di "Emergenza Odontoiatrica" o "Prevenzione Odontoiatrica" e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate". Spese sostenute presso strutture non autorizzate o medici non iscritti all'albo e/o privi di abilitazione professionale. Trattamenti ortodontici e prestazioni correlate. Procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali associazioni odontoiatriche. Infortuni derivanti dalla pratica di sport specifici (come quelli elencati per i piani A, B, C). Spese per malattie mentali e/o assunzione di psicofarmaci. Prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico. Denti decidui: Estrazioni di denti da latte. Prestazioni relative a impianti già esistenti o appena inseriti. Trattamenti per tumori maligni della bocca. Infortuni in stato di ebbrezza o conseguenti ad azioni delittuose. Infortuni, patologie e intossicazioni da alcolismo, abuso di psicofarmaci o stupefacenti. Conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche o radiazioni (salvo uso terapeutico). Conseguenze di guerre, insurrezioni, atti terroristici, calamità naturali. HIV e malattie correlate (odontoiatria): Cure per infezioni da HIV e sindromi correlate. Controlli di routine (odontoiatria): Controlli e check-up.

Esclusioni specifiche per la Garanzia Assistenza alle

Persone: Eventi preesistenti alla stipula del contratto (infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici o stati patologici già diagnosticati). Partecipazione attiva a delitti dolosi, aborto volontario non terapeutico e infortuni derivanti da azioni delittuose compiute dall'Assicurato (sono invece coperti infortuni da imprudenza o negligenza, anche gravi). Stati patologici correlati all'infezione da HIV, malattie mentali e disturbi psichici in generale (incluse sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, paranoici, forme maniaco-depressive e loro complicità). Conseguenze di infortuni e malattie dovute all'abuso di

alcolici, all'uso di allucinogeni o all'uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti. Pratica di sport aerei e partecipazione a gare motoristiche (e relative prove/allenamenti), ad eccezione delle gare di regolarità. Sono coperte le attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco. Eventi come guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente. Soggiorni in stabilimenti termali, case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza o case di riposo.



Dove vale la copertura?

- ✓ La Garanzia **Invalidità Permanente da Malattia** ha validità in tutto il Mondo.
- ✓ Le Garanzie della Sezione **Salute** sono valide in tutto il Mondo, salvo quanto diverso indicato per singola Prestazione.
- ✓ Per la copertura **Assistenza alle Persone** le prestazioni di trasporto sono valide solo Italia, fermo restando che i consulto medici telefonici possono essere attivati da ovunque l'Assicurato si trovi.
- ✓ Per le coperture **Assistenza Travel** e **Assistenza Travel Gold** l'Assicurazione è valida in tutti i paesi del mondo ad esclusione delle seguenti aree geografiche: Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e McDonald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- Hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, devi darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del Sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



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 semestrali o 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 una 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 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.

Assicurazione Danni

Prodotto Assicurativo a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno BENESSERE E SALUTE-Salute.

Società

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

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

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

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 51.141.876 e il risultato economico di periodo ammonta a € 17.941.625. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 229,54%. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Per tutte le Garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente. I Clienti possono costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfa le loro esigenze di Protezione, combinando le Garanzie previste in Polizza e garantendo un indennizzo per i danni subiti dagli Assicurati indicati.

Per aspetti di dettaglio delle singole Garanzie:

Sezione INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 68, pag. 36/113.

Sezione SALUTE:

Indennità giornaliera: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 79/A.1, pag. 44/137.

Surgical Cash: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art.79/ A.2, pag. 44/137.

Accertamenti diagnostici: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 79/B3, pag. 46/137.

Visite specialistiche: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 79/C3, pag. 50/137.

Rimborso spese: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 79/C1, pag.47/137.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 79/C4, pag.50/137.

Prevenzione - Check Up: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 79/C5, pag.51/137.

Dental: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 79/D1, pag.51/137.

Sezione ASSISTENZA ALLE PERSONE: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione Art. 90, pag.58/137.

Sezione GARANZIA ASSISTENZA TRAVEL: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 93, pag. 62/137.

Sezione GARANZIA ASSISTENZA TRAVEL GOLD: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 96, pag. 66/137.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, sono presenti le seguenti esclusioni comuni alle Garanzie **Invalità Permanente da Malattia, Diaria da Ricovero e Assistenza alle persone**:

Condizioni Psichiatriche e Disturbi Mentali: malattie mentali e disturbi psichici in genere (incluse sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, paranoici, forme maniaco-depressive e loro conseguenze) sono esclusi; in particolare per la Garanzia **Indennitaria Gravi Malattie** sono le condizioni che rendono una persona non assicurabile.

Sono inoltre presenti le seguenti esclusioni comuni alle Garanzie Invalità Permanente da Malattia e Diaria da Ricovero: Trattamenti Estetici, Cure Dimagranti e Dietetiche: sono esclusi eventi o ricoveri derivanti da tali trattamenti o cure. **Patologie determinate da Influenze Elettromagnetiche**: sono esclusi eventi o ricoveri derivanti da tali patologie.

Sono inoltre presenti le seguenti esclusioni specifiche per le Garanzie INDENNITÀ GIORNALIERA, SURGICAL CASH, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, VISITE SPECIALISTICHE, RIMBORSO SPESE MEDICHE, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, PREVENZIONE CHECK UP:

Patologie preesistenti. Prestazioni non correlate da una diagnosi (accertata o presunta) e dalla data di insorgenza, a meno che non rientrino nella garanzia "Prevenzione - Check Up". Amniocentesi/villocentesi in assenza di anomalie fetali note/sospette o per gestanti sotto i 35 anni. Spese per trattamenti/prestazioni effettuati dopo la scadenza della copertura, anche se relativi a malattie/infortuni avvenuti durante la validità della polizza e denunciate durante il Periodo di efficacia della stessa. Ricoveri per lungodegenza o assistenza per non autosufficienza. Spese per visite di controllo, vaccinazioni, medicina generale/pediatria di routine (salvo "Prevenzione - Check-up"). Spese per agopuntura, logopedia, trattamenti fisioterapici (salvo se previsto dal Piano Assicurativo prescelto). Le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche. I farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale. Malattie correlate direttamente o indirettamente all'HIV e malattie sessualmente trasmesse. Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, stupefacenti (salvo somministrazione terapeutica) o allucinogeni. Prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte o tentato suicidio (salvo atti di solidarietà umana o legittima difesa). Interventi di chirurgia plastica a scopo estetico (salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età o a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza o a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna. Manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze. Interruzione volontaria della gravidanza. Cure per difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti nonché le patologie correlate (salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita). Prestazioni sanitarie, cure e interventi per infertilità, sterilità, fecondazione assistita, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali. Disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di 3° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery. Trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio. Ricoveri per check-up clinici. Spese per espianto da donatore (sia per l'Assicurato che per terzi in caso di trapianti). Cure e accertamenti odontoiatrici, protesi dentarie e ortodonzia. Spese per lenti e occhiali. Infortuni derivanti dalla pratica di sport professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove o allenamenti o dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore mountain bike e "downhill". Infortuni durante la manipolazione di materiale pirotecnico o esplosivi. Eventi conseguenza di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche. Trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico. Guerra, anche civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale e di qualsiasi atto di terrorismo. Movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti. Sono inoltre escluse tutte le prestazioni non espressamente specificate nelle singole Garanzie. **Per la Garanzia Assistenza alle Persone sono presenti le seguenti esclusioni specifiche**: eventi preesistenti alla stipula del contratto (infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici o stati patologici già diagnosticati). Partecipazione attiva a delitti dolosi, aborto volontario non terapeutico e infortuni derivanti da azioni delittuose compiute dall'Assicurato (sono invece coperti infortuni da imprudenza o negligenza, anche gravi). Stati patologici correlati all'infezione da HIV, malattie mentali e disturbi psichici in generale (incluse sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, paranoici, forme maniaco-depressive e loro complicanze). Conseguenze di infortuni e malattie dovute all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni o all'uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti. Pratica di sport aerei e partecipazione a gare motoristiche (e relative prove/allenamenti), ad eccezione delle gare di regolarità. Non sono coperte le attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco. Eventi come guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente. Soggiorni in stabilimenti termali, case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, case di soggiorno e convalescenza o case di riposo. **Per le Garanzie Assistenza Travel e Assistenza Travel Gold sono presenti le seguenti esclusioni specifiche**: dolo dell'Assicurato o colpa grave. Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio. Malattie croniche. Espianto e/o trapianto di organi, e qualsiasi viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a visite e/o trattamenti medico-chirurgici. Sport professionali (comprese gare, prove ed allenamenti) e sport considerati estremi o pericolosi, come guida e uso di deltaplani, paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà. Per bob, Kit surfing e immersioni con autorespiratore, l'esclusione non opera se l'attività è svolta a carattere ricreativo e occasionale. Partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme e atti di temerarietà, incluse le gare podistiche. Tutte le attività professionali che comportano uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare. Specificamente per la prestazione di "Trasferimento verso centro ospedaliero attrezzato", sono escluse le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel Danni sono esposte maggiori informazioni per Franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo. **Per la Sezione SALUTE: Indennità Giornaliera**: In caso di **Ricovero con o senza Intervento Chirurgico** (con pernottamento): l'indennizzo è di **€ 100 per ciascun giorno**, fino a un massimo di **200 giorni** per Anno Assicurativo e per persona. Per **Day Hospital / Day Surgery** (degenza senza pernottamento, almeno 5 ore, con cartella clinica): l'indennità è pari al **50% dell'indennità giornaliera**, fino a un massimo di **50 giorni**. Questa indennità è cumulabile con l'indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash". **Surgical Cash**: Prevede un **indennizzo forfetario prestabilito** per Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, indipendentemente dalle spese sostenute. Gli interventi sono classificati in 7 classi. Alcuni esempi di indennizzo: **Asportazione cisti: € 200 (Privato) / € 100 (SSN)**. **Artroprotesi anca: € 8.000 (Privato) / € 4.000 (SSN)**. **Trapianto del polmone: € 15.000 (Privato) / € 7.500 (SSN)**. L'indennizzo massimo non può superare il doppio dell'indennizzo previsto per la VII classe nell'Anno Assicurativo. **Accertamenti Diagnostici: Il Massimale annuo è di € 5.000**.

applicato per Anno Assicurativo e per persona o Gruppo Familiare. Sono previsti scoperti: **15% in strutture convenzionate** (pagamento diretto) e **25% in strutture non convenzionate** (a rimborso). Il **Ticket SSN è rimborsato al 100%** (senza scoperto). **Visite Specialistiche:** Il Massimale annuo è di € 1.000 per il PACCHETTO B e € 1.500 per il PACCHETTO C. Il Massimale per assistenza infermieristica domiciliare è di € 50 al giorno (senza scoperti/franchigie). Gli scoperti applicati sono del **15% in strutture convenzionate** e del **25% in strutture non convenzionate**. Il **Ticket SSN è rimborsato al 100%** (senza scoperto). **Rimborso Spese Mediche** (per Ricovero con/senza intervento chirurgico, Day Hospital/Day surgery, Intervento chirurgico ambulatoriale): Il Massimale annuo è di € 200.000, applicato per persona o Gruppo Familiare. Le spese **PRE e POST** Ricovero sono coperte per **90 giorni precedenti e 90 giorni successivi**. Sono previsti sub-massimali per: **Parto fisiologico: € 2.000. Parto cesareo / Aborto terapeutico: € 4.000. Chirurgia refrattiva: € 1.000 per occhio. Neonato** (per correzione Malformazioni Congenite e Difetti fisici entro il primo anno di età): € 100.000. Un'Indennità Sostitutiva è riconosciuta in caso di prestazioni a totale carico del SSN: € 150 al giorno per ricovero (max 100 giorni) e € 75 al giorno per Day Hospital/Day Surgery. Le spese pre e post sono rimborsate al 100%. Le spese per **vitto e pernottamento dell'accompagnatore** sono rimborsate fino a € 50 al giorno per un massimo di 50 giorni. Il **trasporto dell'Assicurato e il rimpatrio della salma** hanno un limite di € 3.000 ciascuno. Il **Ticket SSN è rimborsato al 100%**. Per le strutture non convenzionate (a rimborso): lo **scoperto per Ricovero è del 20%**; la **franchigia per Day Hospital/Day surgery/Intervento chirurgico ambulatoriale è di € 200**. Il documento "CONTROLLO.pdf" indica inoltre un limite specifico di € 350 per le rette di degenza in strutture non convenzionate. **Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi:** Il Massimale annuo è di € 1.000 per Anno Assicurativo e per persona o Gruppo Familiare, con uno **scoperto del 15%**. **Dental:** Le prestazioni sono **gratuite in strutture convenzionate** (con massimale illimitato e senza limiti di frequenza, tranne prevenzione max 2 volte/anno). In strutture non convenzionate, sono previsti **rimborsi con indennizzi prestabiliti** per prestazione, con un limite complessivo massimo di € 1.000 per Anno Assicurativo per Assicurato. Le esclusioni per la Sezione Salute includono, tra l'altro, patologie preesistenti non dichiarate, ricoveri impropri, prestazioni di medicina alternativa o sperimentale, e patologie correlate all'HIV. È richiesta l'autorizzazione preventiva dalla Centrale Operativa per l'uso delle Strutture Convenzionate. Per la **Sezione INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA:** Questa garanzia corrisponde un Capitale assicurato in caso di Invalidità permanente causata da Malattia. È previsto un **Massimale di € 250.000**. La garanzia è operante solo per Invalidità di grado **non inferiore al 65%** della totale. Sono previsti **Termini di Carenza: 60 giorni** successivi all'effetto dell'Assicurazione per le Malattie insorte dopo tale data. **180 giorni** successivi all'effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza. L'Assicurazione cessa con il pagamento dell'indennizzo, che può essere corrisposto una sola volta. Per la **Sezione Assistenza alle Persone**, le prestazioni sono erogate per un massimo di **tre volte per ciascun tipo** nel corso dell'Anno assicurativo. Le spese che l'Assicurato avrebbe comunque sostenuto non sono coperte e restano a suo carico. Per alcune prestazioni specifiche esistono dei limiti: ad esempio, il trasporto dal pronto soccorso ha un limite di **300 chilometri di percorso complessivo** (andata/ritorno). L'invio di un fisioterapista a domicilio è coperto fino a un massimo di **10 sedute per Sinistro**, mentre l'invio di una collaboratrice familiare ha un limite di **10 ore per Sinistro**, da usufruire in non più di **5 giorni**. L'assistenza domiciliare integrata post-ricovero è prevista per un massimo di **7 giorni continuativi e non frazionabili** successivi al ricovero. Per la prestazione di assistenza domiciliare, è richiesto all'Assicurato di prendere contatto con la Struttura Organizzativa con almeno **48 ore di preavviso** per l'attivazione dei servizi.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato al Cliente della Banca che voglia avere una protezione dai Rischi attinenti all'area delle persone ed all'area del patrimonio.



Quali costi devo sostenere?

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

L'intermediario percepisce una commissione pari al 30% del premio imponibile corrisposto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:

- **PEC:** ufficio.reclami@pec.netinsurance.it
- **Posta:** NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA
- **Fax:** +39 06 89326.570

avendo cura di indicare:

- nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.

Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.

	Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it .
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	- La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. - Nel caso in cui il Contraente sia una società di persone o di capitali, i premi versati all'Impresa Assicuratrice aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia sono deducibili se, ai sensi della normativa fiscale applicabile al caso di specie (Art. 109, comma 5, Tuir), risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile. È consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.
Cos'è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. Dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	

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

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione danni che prevede diverse garanzie costituisce, insieme all'assicurazione temporanea caso morte, la Polizza multigaranzia Protection Business pensata per la protezione dei beni, delle persone e del patrimonio dedicati alle Attività aziendali.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno PATRIMONIO-Patrimonio.



Che cosa è assicurato?

Le Prestazioni assicurate per le somme indicate in Polizza, scelte dal cliente, sono divise in sezioni (è possibile attivare una o più delle seguenti Garanzie):

✓ Responsabilità Civile Terzi

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di Danni involontariamente cagionati a terzi. Il massimale assicurato è scelto dal cliente con un massimo di Euro 2.500.000.

✓ Tutela legale

Assistenza di un legale, in sede giudiziale ed extragiudiziale, quando l'Assicurato è coinvolto in una vertenza.

La somma massima assicurata è pari a Euro 50.000.

✓ Protezione Incassi POS

L'Assicuratore indennizza il mancato introito dell'azienda indicata in Polizza, nell'ambito della quale siano utilizzati uno o più dispositivi elettronici P.O.S. (Point of Sale), anche appartenenti a differenti Istituti Bancari eroganti, per effetto della totale e forzata inattività derivante da un Danno materiale e diretto, causato da Incendio, Fulmine Fenomeno Elettrico o altri eventi. La somma massima assicurata è pari a Euro 150.000.

✓ Incendio

Capitale in caso di Danni materiali subiti direttamente dai beni assicurati, indicati in Polizza, anche se di proprietà di terzi - esclusi i beni in leasing se già coperti da altra assicurazione - ed anche se causati da colpa grave del Contraente o dell'Assicurato. La somma assicurata è a scelta del cliente ed è indicata in Polizza con un massimo di Euro 1.500.000

✓ Furto e Rapina

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti al Contenuto assicurato, nei limiti delle ubicazioni indicate in Polizza, anche se di proprietà di terzi. La somma assicurata è indicata in Polizza ed è compresa tra un minimo di Euro 5.000 ed un massimo di Euro 40.000.

✓ Elettronica e Guasti Macchine all risk

L'Assicuratore indennizza, nei limiti del Capitale assicurato, i Danni materiali e diretti alle apparecchiature e ai macchinari - comprese le relative componenti elettroniche - collaudati e pronti per l'uso cui sono destinati, che possono subire secondo il principio "All risk", salvo quanto espressamente indicato nelle Esclusioni. La somma massima assicurata è pari a Euro 30.000.

✓ Energie rinnovabili all risk

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali diretti (compreso Furto, Rapina, guasti e fenomeno elettrico) e i Danni indiretti che un Impianto fotovoltaico e/o solare termico può subire secondo il principio "All risk", salvo quanto espressamente indicato nelle Esclusioni.

La somma massima assicurata è pari a Euro 80.000.



Che cosa non è assicurato?

Sono esclusi i danni: causati con dolo o colpa grave del Contraente, dell'Assicurato, dei Legali rappresentanti, degli amministratori, dei soci a responsabilità illimitata, o dei familiari e conviventi; gli eventi di carattere politico-sociale o bellico; i danni causati da fenomeni nucleari, radiazioni ionizzanti; Le garanzie escludono i danni o i difetti già esistenti o di cui l'Assicurato era a conoscenza prima della stipula della polizza, così come quelli che ricadono sotto la garanzia del produttore o fornitore; Sono spesso esclusi i danni derivanti dalla mancata osservanza delle istruzioni di manutenzione e d'esercizio indicate dal costruttore o fornitore delle Cose assicurate, o quelli che sono semplice conseguenza dell'uso, del logoramento, della corrosione, dell'ossidazione, dell'incrostazione, della ruggine o degli effetti graduali degli agenti atmosferici. Le perdite e spese conseguenti a prolungamento dell'inattività (danni indiretti), come i cambiamenti di costruzione, la mancanza di locazione, di godimento o di reddito commerciale od industriale, la sospensione di lavoro, o qualsiasi danno che non riguardi la materialità delle Cose assicurate, salvo quanto disposto da specifiche estensioni di garanzia o se espressamente previste e dettagliate. Le spese per interventi o danni di natura puramente estetica non connessi con danni indennizzabili, le multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere sono espressamente escluse, in quanto non sono considerati "danni" indennizzabili, ma oneri derivanti da infrazioni o responsabilità legali. **Sezione ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE ALL RISK:** Oltre alle esclusioni comuni, sono esclusi i danni verificatisi in occasione di trasporti e trasferimenti e relative operazioni di carico e scarico al di fuori dell'ubicazione indicata per le Cose mobili e al di fuori del luogo di installazione originaria per le Cose fisse. Sono esclusi i danni causati da smarrimenti ed ammanchi. Non sono coperti i costi per effettuare la manutenzione preventiva, i controlli di funzionalità, o eliminare i disturbi e i difetti a seguito di usura. Sono escluse le apparecchiature adibite ad uso domestico, elettromedicali e gli impianti fotovoltaici. I danni di Furto quando, per qualsiasi motivo, non siano operanti i Mezzi di chiusura del fabbricato descritti, sono esclusi. **Sezione ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK:** Oltre alle esclusioni comuni, sono esclusi i danni causati da maremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, allagamenti. Non sono coperti i danni causati da montaggi e smontaggi non connessi a lavori di pulitura, manutenzione e revisione. Sono esclusi i danni subiti durante il trasporto. Sono esclusi i danni causati da mareggiate, maree e penetrazione di

acqua marina. Sono esclusi i danni dovuti a **difetti di rendimento.** Sono esclusi i danni causati da **urto di veicoli e/o mezzi di sollevamento o trasporto di proprietà o al servizio del Contraente o dell'Assicurato.** Sono esclusi i danni dovuti a **inquinamento e/o contaminazione in genere** sia graduale che accidentale che sinergico. Sono esclusi i danni causati da **mancato riaggancio automatico dell'inverter alla rete** a seguito di sbalzi di tensione. Sono esclusi i danni causati da **malfunzionamento di hardware, software o chip incorporati,** e danni correlati (quali perdita di dati o perdita di supporti informatici). Sono esclusi i danni alle **linee di distribuzione o trasmissione di energia.** Sono esclusi i danni connessi o dovuti ad **umidità, brina, condensa, stillicidio, siccità, batteri, funghi, infiltrazioni e roditori.** Sono esclusi i danni connessi o dovuti da **sospensione e/o interruzione di energia, gas, acqua,** purché tale sospensione e/o interruzione non sia stata provocata da evento non altrimenti escluso che abbia colpito le Cose assicurate. Sono esclusi i danni causati o dovuti a **frode, truffa, ammanchi, smarrimenti, appropriazione indebita o infedeltà da parte di dipendenti, saccheggio, estorsione, malversazione, scippo e loro tentativi,** anche se avvenuti in occasione di eventi non altrimenti esclusi. L'Assicuratore, inoltre, non è obbligato ad indennizzare i **conduttori esterni alle Cose assicurate** o i **costi di scavo, sterro, puntellatura, muratura, intonaco, pavimentazioni e simili.** Sono escluse le perdite e spese conseguenti a prolungamento dell'inattività conseguenti ad un Sinistro (Danni indiretti), ancorché indennizzabile, causato da: serrate, provvedimenti imposti dalle autorità; mancata disponibilità da parte dell'Assicurato dei mezzi finanziari sufficienti per la ripresa dell'Attività; difficoltà di ricostruzione, limitazioni dell'esercizio e difficoltà nella rimessa in efficienza, ripristino o rimpiazzo delle Cose distrutte o danneggiate imputabili a cause esterne, quali regolamenti urbanistici locali o statali o altre norme di legge o da provvedimenti dell'autorità. Sono esclusi i danni da sospensione, scadenza, annullamento o revoca di locazioni, licenze, concessioni, commesse o contratti; le penali o indennità o multe dovute a terzi; le giornate di sospensione dell'Attività assicurata che si sarebbero rese necessarie, per qualunque motivo, anche se il Sinistro non si fosse verificato. Sono escluse le perdite conseguenti a prolungamento od estensione dell'inattività causati da disastri naturali o eventi di forza maggiore; scioperi che impediscano o rallentino la fornitura di materiali; revisioni, modifiche o miglioramenti effettuati in occasione della rimessa in efficienza o del rimpiazzo delle apparecchiature o degli impianti danneggiati o distrutti.



Ci sono limiti di copertura?

Sezione ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE ALL RISK:
Franchigia: €500,00, salvo Scoperti specifici. **Apparecchiature > 7 anni: Scoperto pari al 25%** con il minimo di **€2.500,00.** **Guasti a macchine: Scoperto 25%** con il minimo **€500,00.** **Fenomeno elettrico: Scoperto 15%** con il minimo **€500,00.** **Imperizia, imprudenza, negligenza, errata manovra:** Limite di Indennizzo pari al **30%** del Capitale assicurato. **Mancato o difettoso funzionamento apparecchiature di comando o di controllo:** Limite massimo del **30%** del Capitale assicurato. **Eventi sociopolitici e dolosi: Scoperto del 15%** con il minimo **€1.500,00** e limite massimo del **60%** del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo. **Danni a tubi e valvole elettroniche:** Limite massimo del **10%** del valore

dell'apparecchiatura danneggiata con il massimo di **€3.500,00** per Sinistro. **Danni a conduttori esterni: Franchigia di €250,00**, con il limite massimo del **10%** del valore dell'apparecchiatura danneggiata con il massimo di **€2.500,00** per Sinistro. **Mezzi di protezione e chiusura non conformi (Furto):** L'Assicuratore corrisponderà il **70%** dell'importo liquidabile. **Sezione ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK: Danni diretti All risk (generale): Scoperto del 5%** con il minimo di **€750,00**. **Furto, Rapina ed atti di terzi: Scoperto del 20%** con il minimo di **€750,00**. Pannelli totalmente integrati: Limite massimo del **50%** del Capitale assicurato. Pannelli parzialmente integrati: Limite massimo del **40%** del Capitale assicurato. Impianti a terra e non integrati: Limite massimo del **30%** del Capitale assicurato. **Fenomeni atmosferici: Scoperto del 15%** con il minimo di **€750,00**. **Guasti e/o fenomeno elettrico:** Impianti entro 7 anni dal collaudo: **Scoperto del 10%** con il minimo di **€1.250,00**, limite del **30%** del Capitale assicurato. Impianti oltre 7 anni dal collaudo: **Scoperto del 30%** con il minimo di **€2.500,00**, limite del **20%** del Capitale assicurato. **Danni indiretti:** Impianti con Telecontrollo: **3 giorni di Franchigia** e per un periodo massimo di Indennizzo di **60 giorni**. Impianti senza Telecontrollo: Somma forfettaria pari al **10%** dell'Indennizzo liquidato per i Danni diretti, con il limite massimo di **€10.000,00** per Sinistro. **Assicurazione parziale:** Se il Valore a nuovo eccede il Capitale assicurato in misura superiore al **20%**, si applica la riduzione proporzionale dell'Indennizzo.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione è valida in tutto il Mondo.
- ✓ La Responsabilità Civile è valida per eventi in tutto il Mondo con esclusioni di USA e Canada.
- ✓ Le Prestazioni per la Tutela Legale valgono per i Sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trovi nei seguenti territori: nei paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera e Liechtenstein, per la difesa penale, per la richiesta di risarcimento danni a terzi, per la resistenza alla richiesta di risarcimento di natura extracontrattuale avanzate da terzi; nella Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino per le altre ipotesi.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- Hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, devi darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del Sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



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 semestrali o 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 una 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 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.

Assicurazione Danni

Prodotto Assicurativo a Protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno PATRIMONIO-Patrimonio.

Società

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

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

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

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 51.141.876 e il risultato economico di periodo ammonta a € 17.941.625.

L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 229,54%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Per tutte le garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Per aspetti di dettaglio sulle Garanzie:

RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 100, pag. 70/137.

TUTELA LEGALE: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 105, pag. 81/137.

PROTEZIONE INCASSI POS: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 116, pag. 85/137.

INCENDIO: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 125, pag. 90/137.

FURTO E RAPINA: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 141, pag. 102/137.

ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE ALL RISK: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 156, pag. 108/137.

ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 167, pag. 113/147.



Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono presenti le seguenti **Esclusioni Specifiche per ciascuna Garanzia:**

Sezione RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI: Dolo/Contratto: Danni intenzionali del Contraente/Assicurato; inosservanza di obblighi contrattuali esclusivi. **Beni/Opere Specifiche:** Cose in consegna/custodia/detenzione (salvo eccezioni come cose non rimovibili, sollevate, trasportate o cose clienti); cose su cui si eseguono lavori; opere/merci dopo ultimazione/consegna (salvo estensioni). **Attività/Mezzi Esclusi:** Caccia; danni da gru/teleferiche/fili a sbalzo; uso esplosivi (entro 200m dallo Scoppio);

natanti/aeromobili/loro contenuto/persone trasportate; veicoli a motore/carrelli/macchine operatrici semoventi su aree soggette a legge 990/69 (salvo committenza auto, parcheggi aziendali); mezzi di trasporto sotto carico/scarico; veicoli/macchinari/impianti condotti da persona non abilitata (salvo RC capofamiglia); macchine agricole su cingoli/ruote non gommate su pavimentazione stradale; impiego fitofarmaci con sostanze vietate. **Immobili/Inquinamento:** Fabbricati/impianti fissi non dichiarati/non legati all'attività o abitazione Assicurato (salvo insegne); danni da impianti (riscaldamento, idrici, fognari), umidità, stillicidio; inquinamento aria/acqua/suolo (salvo inquinamento accidentale); danni connessi ad amianto. **Rischi Generali:** Eventi bellici/tumulti/sequestri/nazionalizzazioni (salvo prova non correlazione); problematiche informatiche (errata registrazione/malfunzionamento/virus, salvo RC dati personali, Incendio, Esplosione, Scoppio); rischi marittimi/sottomarini; contagi animali; attività vietate dalla legge (anche non volontarie); scorte vive/morte del fondo (salvo scorte terzi per rovina immobili); professioni intellettuali.

Sezione TUTELA LEGALE: Spese Specifiche: Compensi per patti quota lite, denunce penali senza rinvio a giudizio, domiciliatari non ARAG; indennità di trasferta; esecuzioni forzate oltre il secondo caso; mediazione non obbligatoria; imposte/tasse/multe; spese non concordate/duplicate. **Delitti:** Spese per delitti dolosi (salvo assoluzione, derubricazione, archiviazione); dissequestro beni non essenziali all'attività. **Controversie Specifiche:** Fornitori (valore <€500 o >€30.000); lavoratori non iscritti nel libro unico del lavoro; resistenza RC (se RC copre danno ma non spese, o denuncia tardiva, o ATP pre-RC, o senza riscontro RC). **Materie Escluse:** Diritto di famiglia, successioni, donazioni; fiscale/amministrativa; eventi bellici/terrorismo/tumulti/vandalismo/terremoto/radioattività; nucleare (salvo trattamenti medici); calamità naturali; brevetti/marchi/concorrenza/antitrust; quote societarie/soci-amministratori; veicoli su tracciato/funi (escl. RC); dolo assicurato; inquinamento non accidentale; fusioni/modifiche societarie; prestazioni/forniture proprie; compravendita/permuta immobili; lavori edili specifici (salvo edilizia come attività). **Settori/Soggetti Specifici:** Affitto/cessione d'azienda/leasing immobiliare; fabbricazione/commercializzazione esplosivi/armi/militare; gestione rifiuti; somministrazione lavoro; cooperative/associazioni consumatori; attività medica/sanitaria; agenzia/rappresentanza/mandato; vertenze con la Compagnia/banca capogruppo. Class action; abuso minori (difesa penale); recupero crediti; canoni locazione/accessori; pagamento prezzo beni/servizi; responsabilità legale del professionista; immobili non occupati/non assicurati; cariche sociali; licenziamento collettivo. **Sezione PROTEZIONE INCASSI POS: Dolo/Operatività:** Dolo del Contraente/Assicurato; mancato rispetto condizioni operative; liquidazione/cessazione attività. **Natura del Danno/Rischio:** Furto, Rapina, estorsione, saccheggio, ammanchi di qualsiasi genere; gelo; avvelenamento bestiame; cedimento terreno; eventi bellici/tumulti (salvo prova non correlazione). **Usura/Manutenzione/Difetti:** Deperimento/logoramento/corrosione/ossidazione; inosservanza manutenzione; costi di manutenzione preventiva/controllo/eliminazione difetti da usura; difetti noti; difetti di cui risponde fornitore. **Specificità:** Contenuto forni/tostatori (danno diretto fiamma/calore); danni estetici; utensileria/accessori/fluidi (escluso olio); apparecchiature domestiche/elettromedicali/fotovoltaici; danni/difetti coperti da garanzia/assistenza tecnica; spese per upgrade del sistema (salvo inevitabile per ripristino); attacchi informatici già noti. **Operazioni Escluse:** Montaggi/smontaggi non manutentivi; trasporti fuori ubicazione.

Sezione INCENDIO: Dolo: Dolo del Contraente/Assicurato. **Altri Rischi:** Smarrimento/Furto delle cose assicurate; gelo; avvelenamento bestiame; cedimento terreno. **Eventi Catastrofici/Bellici:** Terremoto, eruzioni, inondazioni, alluvioni, maremoti, mareggiate; atti di guerra, insurrezioni, tumulti, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione (salvo prova non correlazione). **Natura/Origine Danno:** Danni indiretti (salvo interruzione esercizio); Scoppio/Implosione per usura/corrosione/difetti materiali; contenuto forni/tostatori (danno diretto fiamma/calore).

Sezione FURTO E RAPINA: Eventi Catastrofici/Bellici: Danni collegati a guerra, insurrezioni, tumulti, terrorismo, sabotaggio; o a incendi, esplosioni, fenomeni naturali (grandine, terremoto, inondazioni, ecc.). **Dolo/Colpa Grave:** Dolo o colpa grave del Contraente/Assicurato/Legale Rappresentante/soci; o di coabitanti/occupanti locali/parenti (art. 649 c.p.). Danni da sorveglianti (salvo infedeltà dipendenti). **Natura Danno:** Danni indiretti; danni da Incendio/Esplosione/Scoppio provocati dall'autore del reato.

Mancata Custodia: Locali incustoditi per oltre 45 giorni. **Beni Esclusi:** Beni in leasing, gioielli e preziosi. **Confische:** Confische e requisizioni.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nei Danni sono esposte maggiori informazioni per Franchigia, Scoperti e limiti di Indennizzo. **RESPONSABILITÀ CIVILE DELL'ATTIVITÀ: Franchigia fissa** per Danni a Cose: **€250,00**. Per categoria Edile: **Franchigia €1.500,00** per ogni Sinistro con Danni a Cose. Partecipazione a mostre/esposizioni/attività dopolavoristiche: **Scoperto del 20%**, minimo di **€1.500,00**. Lavori eseguiti presso terzi: **Scoperto del 20%**, minimo di **€1.500,00**, limite di Indennizzo di **€150.000,00** per Sinistro. Danni a Cose di terzi sollevate/caricate/scaricate/movimentate/rimorchiate: **Scoperto del 10%**, minimo di **€500,00**, limite di Indennizzo di **€10.000,00** per Sinistro. Danni da interruzione di esercizio: **Scoperto del 10%**, minimo di **€250,00**, limite di Indennizzo di **€50.000,00** per Sinistro. Errato trattamento dei dati personali: **Franchigia di €1.000,00** per Sinistro, limite di Indennizzo di **€50.000,00** per Sinistro e di **€150.000,00** per anno assicurativo. Inquinamento accidentale: **Scoperto del 10%**, minimo di **€2.500,00**, limite di Indennizzo di **€25.000,00** per Sinistro e di **€250.000,00** per anno assicurativo. Possesso e uso di armi: Limite di Indennizzo pari a **€100.000,00** per Sinistro. Responsabilità Civile per Danni da Incendio: Fino a **€300.000,00** per Sinistro e per anno assicurativo, con una **Franchigia di €1.000,00**. Per Danni da interruzioni/sospensioni: **Franchigia di €1.000,00** e max **€50.000,00** per Sinistro. **RESPONSABILITÀ CIVILE DELLA PROPRIETÀ: Franchigia per Danni a Cose pari ad €250,00. Estensioni di garanzia per specifici settori: Settore Agricoltura:** Cose portate e/o consegnate dai clienti dell'agriturismo: **Franchigia di €250,00**, limite di Indennizzo pari a **€50.000,00** per anno (massimo **€5.000,00** per cliente danneggiato per cose consegnate e **€1.500,00** per quelle non consegnate). Responsabilità Civile del capofamiglia: Limite di Indennizzo di **€300.000,00** per Sinistro e per anno. Allevamento di Bestiame: Fino a **€100.000,00** per Sinistro e per anno assicurativo, con una **Franchigia pari a €1.500,00**. **Settore Industria e Artigianato:** Postuma per lavori di posa in opera, installazione, manutenzione, riparazione di impianti: **Scoperto del 10%**, minimo di **€1.500,00**, limite di Indennizzo di **€50.000,00** per Sinistro e per anno assicurativo. Danni da Furto agevolati da impalcature: **Scoperto del 10%**, minimo di **€250,00**, limite di Indennizzo di **€50.000,00** per Sinistro e anno assicurativo. Danni ai capi di vestiario dei clienti (parrucchieri): **Franchigia di €250,00**, limite di Indennizzo di **€1.500,00** per Sinistro e anno assicurativo. Danni alle Cose in lavorazione (tintorie e lavanderie): **Franchigia di €250,00**, limite di Indennizzo di **€1.500,00** per Sinistro e anno assicurativo. **Settore Commercio:** Danni da vendita di prodotti: **Franchigia di €500,00**, limite di Indennizzo di **€100.000,00** per Sinistro. **Settore Turismo e Ristorazione:** Cose portate e/o consegnate dai clienti dell'albergo/pensione/B&B: **Franchigia di €250,00**, limite di Indennizzo pari a **€50.000,00** per anno (massimo **€5.000,00** per cliente danneggiato per cose consegnate e **€1.500,00** per quelle non consegnate). Responsabilità Civile del capofamiglia: Limite di Indennizzo di **€300.000,00** per Sinistro e per anno. **TUTELA LEGALE** Valore in lite per vertenze con i fornitori: Pari o superiore a **€500** e non superiore a **€30.000**.

Periodo di Carenza: I Sinistri sono coperti se avvenuti trascorsi 3 mesi dalla data di efficacia della copertura assicurativa, eccetto per danni o presunti danni extracontrattuali e violazioni penali/amministrative. Termine di denuncia del Sinistro: Entro 24 mesi dalla data di cessazione dell'Assicurazione. **PROTEZIONE INCASSI POS: Diaria giornaliera:** Minimo di €50,00 ed il massimo di €400,00. **Fasce di transato:** Per transato fino a €50,00 al giorno, Indennizzo pari a €50,00 giornalieri. **Franchigia temporale: 3 giorni lavorativi** compreso quello del Sinistro. **Massima esposizione:** L'Indennizzo determinato costituisce l'esposizione massima per Sinistro e per anno assicurativo. **Sezione INCENDIO: Fenomeno elettrico:** L'Assicuratore non pagherà somma superiore al 5% del Capitale assicurato, con il limite massimo di €5.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo. Si applica uno **Scoperto del 10%** con il minimo di €300,00. **Fenomeni atmosferici: Scoperto pari al 10%** dell'Indennizzo dovuto con il minimo di €500,00. In nessun caso l'Assicuratore pagherà importo superiore al 70% del Capitale assicurato. **Grandine su elementi fragili: Franchigia di €500,00.** In nessun caso l'Assicuratore pagherà importo superiore a €15.000,00 per uno o più Sinistri in un anno assicurativo. **Sovraccarico neve: Scoperto pari al 10%** dell'Indennizzo con il minimo di €1.000,00. In nessun caso l'Assicuratore pagherà importo superiore al 50% del Capitale assicurato, con il limite di €150.000,00 per uno o più Sinistri in un anno assicurativo. **Ricorso terzi: Franchigia pari a €1.000,00.** In nessun caso l'Assicuratore pagherà importo superiore al 20% del Capitale assicurato, con il limite massimo di €500.000,00 per Sinistro. **Danni indiretti (interruzione d'esercizio):** Diaria giornaliera fino a €300,00 per ogni giorno lavorativo di totale inattività. **7 giorni lavorativi** di Franchigia. Copertura per un'interruzione massima complessiva di **90 giorni.** **Merci in refrigerazione (mancato freddo):** L'Assicuratore non pagherà somma superiore a €10.000,00 per Sinistro ed anno assicurativo. **Franchigia fissa pari a €1.000,00.** **Eventi sociopolitici e dolosi: Scoperto pari al 10%** dell'Indennizzo con il minimo di €1.000,00. In nessun caso l'Assicuratore pagherà importo superiore al 70% del Capitale assicurato. **Anticipo indennizzi:** Acconto fino al massimo del 50% del presumibile ammontare dell'Indennizzo se supera €100.000,00. **Spese per demolizione, sgombero, trattamento e trasporto residui:** Fino al 10% dell'Indennizzo, con limite di Indennizzo di €10.000,00 per Sinistro. **Spese e onorari peritali:** Entro il 1% dell'Indennizzo con il massimo di €3.500,00 per Sinistro. **Sostituzione Lastre ed insegne:** L'Assicuratore non pagherà somma superiore a €3.000,00 per Sinistro ed anno assicurativo. Si applica una **Franchigia fissa pari a €250,00.** **Perdita delle pignoni:** Massimo di 3 mensilità per Sinistro e per un importo complessivo non superiore a €3.000,00, previa detrazione di una **Franchigia di €150,00** per ciascun Sinistro. **Merci presso terzi:** Non più del 10% del Capitale assicurato, con il massimo di €40.000,00 per singola ubicazione e per singolo Sinistro. **Denaro, valori, gioielli, preziosi, pellicce, tappeti, quadri, collezioni, oggetti d'arte:** Denaro, valori, gioielli, preziosi, pellicce: fino al 5% del Capitale assicurato (max €2.500,00 per Sinistro e per anno). Se in cassaforte: fino al 20% (max €10.000,00 per Sinistro e per anno). Tappeti, quadri, collezioni, oggetti d'arte: fino al 10% del Capitale assicurato (max €5.000,00 per singolo oggetto e €25.000,00 per singola raccolta o collezione). **Contenuto all'aperto:** Non più di €100.000,00 per singola ubicazione e per singolo Sinistro. **Estensioni di garanzia per specifici settori: Settore Agricoltura - Perdita Bestiame:** Non più del 40% del Capitale assicurato, max €30.000,00 per Sinistro e anno, e €2.000,00 per singolo capo. **Franchigia fissa pari a €500,00.** **Settore Agricoltura - Danni al Foraggio:** Non più del 25% del Capitale assicurato, max €100.000,00 per Sinistro e anno. **Franchigia pari a €1.500,00.** **Settore Agricoltura - Danni alle Coltivazioni:** Non più del 10% del Capitale assicurato, max €15.000,00 per Sinistro e anno. **Franchigia fissa pari a €1.500,00.** **Settore Agricoltura - Danni da spargimento di liquidi:** Non più del 25% del Capitale assicurato, max €10.000,00 per Sinistro e anno. **Franchigia fissa pari a €500,00.** **Settore Agricoltura - Danni ai beni dei clienti dell'agriturismo:** Cose di uso personale: Limite di €3.000,00 per singolo oggetto e massimo del 30% del Capitale assicurato. Denaro e valori consegnati in custodia: Massimo del 10% del Capitale assicurato e fino a €2.500,00 per singolo Sinistro. Veicoli a motore: Limite di €30.000,00 per singolo veicolo e massimo del 30% del Capitale assicurato. **Settore Agricoltura - Danni alle Serre (vetro):** Non più del 10% del Capitale assicurato. **Settore Commercio - Perdita Fustelle farmaceutiche:** Limite di Indennizzo di €7.500,00 per Sinistro. **Settore Industria e Artigianato - Veicoli/natanti di terzi in custodia:** Non più del 10% del Capitale assicurato, max €15.000,00 per Sinistro e anno. **Franchigia pari a €1.500,00.**

Sezione FURTO E RAPINA: in generale: **Scoperto del 10%** con il minimo di €500,00. Se i mezzi di protezione non sono conformi: L'Assicuratore corrisponderà il 70% dell'importo liquidabile. Se impianto di allarme non attivato/funzionante: **Scoperto del 10%** con il minimo di €500,00. **Infedeltà dei dipendenti:** Limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato, e €2.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo. **Portavalori:** Limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato, e €2.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo. **Guasti ed atti vandalici cagionati dai ladri:** Limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato, e €2.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo. **Furto e rapina di merci e macchinari presso terzi:** Limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato. **Spese sanitarie documentate (escl. medicinali):** Limite d'Indennizzo di €1.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo. **Cose all'aperto:** Limite d'Indennizzo massimo del 20% del Capitale assicurato. **Limiti di indennizzo generali:** Contenuto delle Dipendenze: Massimo del 10% del Capitale assicurato. Denaro e valori ovunque riposti: Limite di Indennizzo di €1.500,00 per Sinistro ed anno assicurativo. Denaro e valori in cassaforte: Limite di Indennizzo di €2.500,00 per Sinistro ed anno assicurativo. Tappeti, quadri, collezioni, oggetti d'arte: Massimo del 10% del Capitale assicurato. Rapina di oggetti personali: **Franchigia di €250,00**, limite di Indennizzo di €1.000,00 per persona e di €3.000,00 per anno assicurativo. **Estensioni di garanzia per specifici settori: Settore Agricoltura - Furto del Bestiame: Scoperto del 20%**, minimo di €500,00, limite massimo del 30% del Capitale assicurato, e €2.000,00 a capo. **Settore Agricoltura - Cose portate o consegnate dai clienti dell'agriturismo:** Cose di uso personale: **Scoperto del 10%**, minimo di €500,00, limite massimo del 15% del Capitale assicurato, e €1.500,00 per oggetto. Denaro e valori in genere consegnati in custodia: **Scoperto del 10%**, minimo di €500,00, limite massimo del 15% del Capitale assicurato. Veicoli a motore dei clienti: **Scoperto del 10%**, minimo di €500,00, limite massimo del 30% del Capitale assicurato. **Settore Commercio - Fustelle farmaceutiche:** Limite d'Indennizzo di €7.500,00 per Sinistro. **Settore Turismo e Ristorazione - Cose portate o consegnate dai clienti dell'albergo/pensioni/B&B:** Cose di uso personale: Massimo del 15% del Capitale assicurato e €1.500,00 per oggetto. Denaro e valori in genere consegnati in custodia: Massimo del 15% del Capitale assicurato. Veicoli a motore dei clienti: Fino al 30% del Capitale assicurato.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato al Cliente della Banca che voglia avere una protezione dai Rischi attinenti all'area delle persone ed all'area del patrimonio.



Quali costi devo sostenere?

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

L'intermediario percepisce una commissione pari al 30% del premio imponibile corrisposto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: • PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it • Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA • Fax: +39 06 89326.570 avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	• La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. • Nel caso in cui il Contraente sia una società di persone o di capitali, i premi versati all'Impresa Assicuratrice aventi ad oggetti il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia sono deducibili se, ai sensi della normativa fiscale applicabile al caso di specie (Art. 109, comma 5, Tuir), risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile. È consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.
---	---

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età.
-------------------------------------	--

	Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. Dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	

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

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione danni che prevede diverse garanzie costituisce, insieme all'assicurazione temporanea caso morte, la Polizza multigaranzia Protection Business pensata per la protezione dei beni, delle persone e del patrimonio dedicati alle Attività aziendali.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno PATRIMONIO-Cyber.



Che cosa è assicurato?

✓ Area Cyber - Perdite Pecuniarie

L'Assicuratore, a seguito di un Danno causato da un Attacco Informatico, rimborsa le spese necessariamente e ragionevolmente sostenute dall'Assicurato per: stabilire e documentare le cause; contenere il Danno; decontaminare il Sistema Informatico dal Malware che ha determinato il Danno; ripristinare e configurare i Dati ed il Sistema Informatico, ove possibile, nella stessa condizione in cui si trovavano immediatamente prima del suddetto Attacco Informatico. **Area Cyber - Prevenzione e Monitoraggio**

L'Assicuratore per il tramite esclusivo del "Service Provider" mette gratuitamente a disposizione del Contraente i seguenti servizi: **Data Breach** - Monitoraggio e rilevamento di compromissione di dati aziendali/personali. **Continuous scanning** - Monitoraggio e rilevamento delle porte accessibili da rete pubblica. **Spam Reputation** - Monitoraggio e rilevamento della reputazione degli indirizzi e-mail per evitare di venire bloccati dai servizi antispam. **Threat Intelligence** - Monitoraggio della «cyber reputation» delle risorse aziendali (IP pubblici e domini).

La somma massima assicurata per Area Cyber è pari a Euro 20.000.



Che cosa non è assicurato?

Sono escluse tutte le tipologie di danno se le **condizioni di operatività delle Garanzie** (gestione adeguata delle password, utilizzo anti-virus/anti-spyware aggiornati, firewall, backup regolari, aggiornamenti di sistema) **non risultano rispettate**. Sono esclusi i **danni a terzi**. Sono escluse le spese sostenute per **implementare e migliorare il Sistema Informatico o i Dati ad un livello superiore** alla situazione precedente all'evento assicurato, a meno che non sia inevitabile nell'ambito del Ripristino Dati. Sono esclusi i danni dovuti a **perdite finanziarie conseguenti all'impossibilità di eseguire operazioni commerciali, investimenti, cessioni, compravendite di titoli finanziari** di qualunque tipo. Sono esclusi i danni conseguenti a **violazione di leggi da parte dell'Assicurato o dell'Outsourcing Provider**. Sono esclusi i danni conseguenti a **interruzioni previste e pianificate del Sistema Informatico**. Sono esclusi i danni derivanti da **Furto, violazione o divulgazione di proprietà intellettuale** (come copyright, marchi, brevetti, segreti commerciali, disegni, modelli, informazioni confidenziali o di mercato, o altre forme di proprietà intellettuale). Sono escluse le **conoscenze pregresse**, intendendo qualsiasi tipo di Attacco Informatico di cui l'Assicurato era a conoscenza prima dell'inizio del Periodo di Durata dell'Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

Massima esposizione: Il Capitale Assicurato indicato in Polizza è la massima esposizione dell'Assicuratore per Sinistro e per Anno Assicurativo. **Limiti di Indennizzo:** Scoperto pari al 10% del Danno indennizzabile, con il minimo di €500,00.



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione è prestata per gli eventi avvenuti nelle sedi dell'attività svolta dall'Assicurato situate in Italia.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- Hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, devi darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del Sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



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 semestrali o 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 una 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 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.

Assicurazione Danni

Prodotto Assicurativo a Protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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

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

PROTECTION BUSINESS

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Le prestazioni riportate nel presente documento si rivolgono alle persone che possono scegliere di acquistare le coperture dell'Area di bisogno PATRIMONIO-Patrimonio.

Società

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

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

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

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 51.141.876 e il risultato economico di periodo ammonta a € 17.941.625.

L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 229,54%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Per tutte le garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Per aspetti di dettaglio sulle Garanzie:

PERDITE PECUNIARIE: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 176, pag. 118/137.

PREVENZIONE E MONITORAGGIO: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Sez. 17, pag. 124/137.



Che cosa NON è assicurato?

RISCHI ESCLUSI

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono presenti le seguenti Esclusioni:

sono escluse tutte le tipologie di danno se le **condizioni di operatività delle Garanzie** (gestione adeguata delle password, utilizzo anti-virus/anti-spyware aggiornati, firewall, backup regolari, aggiornamenti di sistema) **non risultano rispettate**. Sono esclusi i **danni a terzi**. Sono escluse le spese sostenute per **implementare e migliorare il Sistema Informatico o i Dati ad un livello superiore** alla situazione precedente all'evento assicurato, a meno che non sia inevitabile nell'ambito del Ripristino Dati. Sono esclusi i danni dovuti a **perdite finanziarie conseguenti all'impossibilità di eseguire operazioni commerciali, investimenti, cessioni, compravendite di titoli finanziari** di qualunque tipo. Sono esclusi i danni conseguenti a **violazione di leggi da parte dell'Assicurato o dell'Outsourcing Provider**. Sono esclusi i danni conseguenti a **interruzioni previste e pianificate del Sistema Informatico**. Sono esclusi i danni derivanti da **Furto, violazione o divulgazione di proprietà intellettuale** (come copyright, marchi, brevetti, segreti commerciali, disegni, modelli, informazioni confidenziali o di mercato, o

altre forme di proprietà intellettuale). Sono escluse le **conoscenze pregresse**, intendendo qualsiasi tipo di Attacco Informatico di cui l'Assicurato era a conoscenza prima dell'inizio del Periodo di Durata dell'Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato al Cliente della Banca che voglia avere una protezione dai Rischi attinenti all'area delle persone ed all'area del patrimonio.



Quali costi devo sostenere?

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

L'intermediario percepisce una commissione pari al 30% del premio imponibile corrisposto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: • PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it • Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA • Fax: +39 06 89326.570 avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale	• La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%.
----------------------------	--

applicabile al contratto	Nel caso in cui il Contraente sia una società di persone o di capitali, i premi versati all'Impresa Assicuratrice aventi ad oggetti il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia sono deducibili se, ai sensi della normativa fiscale applicabile al caso di specie (Art. 109, comma 5, Tuir), risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile. È consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.
---------------------------------	--

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. Dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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



Sommario

PREMESSA.....	6
CONTATTI UTILI.....	9
GLOSSARIO.....	10
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.....	19
Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio	19
Art. 3 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato	19
Art. 4 - Diritto di revoca e recesso	19
Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione.....	20
Art. 6 - Forma delle comunicazioni.....	20
Art. 7 - Conclusione del contratto di assicurazione.....	20
Art. 8 - Aggravamento del Rischio	20
Art. 9 - Diminuzione del Rischio.....	20
Art. 10 - Recesso in caso di Sinistro	20
Art. 11 - Riduzione dei capitali assicurati	20
Art. 12 - Cambiamento dell'Abitazione	20
Art. 13 - Validità territoriale	20
Art. 14 - Prova	20
Art. 15 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza.....	20
Art. 16 - Oneri fiscali	20
Art. 17 - Altre assicurazioni.....	21
Art. 18 - Limite massimo dell'Indennizzo	21
Art. 19 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	21
Art. 20 - Legge applicabile.....	21
Art. 21 - Termine di Prescrizione.....	21
Art. 22 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario	21
AREA RISCHI PERSONE	21
A. SETTORE BENESSERE.....	21
SEZIONE 1 – TEMPORANEA CASO MORTE	21
A. GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE	21
Art. 23 - Limiti di età	21
Art. 24 - Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione Assicurata.....	21
Art. 25 - Esclusioni	22
Art. 26 - Termini di Carenza	22
Art. 27 - Validità territoriale	23
Art. 28 - Premio	23
Art. 29 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato.....	23
Art. 30 - Modalità assuntive	23
Art. 31 - Mancato pagamento del Premio: Risoluzione	24
Art. 32 - Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione	24
Art. 33 - Riscatto e Riduzione.	24
Art. 34 - Prestito	24
Art. 35 - Risoluzione del contratto di assicurazione.....	24
Art. 36 - Beneficiario della Prestazione Assicurata	24
Art. 37 - Cessione dei diritti e vincolo.....	24
Art. 38 - Obbligazioni in caso di Sinistro – Pagamento della Prestazione Assicurata.....	24
SEZIONE 2 – INDENNITARIA GRAVI MALATTIE.....	25
A. GARANZIA INDENNITARIA GRAVI MALATTIE	25
Art. 39 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età	25
Art. 40 - Persone non assicurabili	25
Art. 41 - Modalità assuntive	26
Art. 42 - Oggetto dell'assicurazione.....	27
Art. 43 - Prestazioni previste in caso di Malattie Gravi.....	27
Art. 44 - Definizione di Malattie Gravi.....	27
Art. 45 - Validità della garanzia Malattie Gravi.....	28

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Art. 46 - Periodo di sopravvivenza – Malattie Gravi	28
Art. 47 - Esclusioni	28
Art. 48 - Patologie Preesistenti	29
Art. 49 - Termini di Carenza	29
Art. 50 - Cosa fare in caso di Sinistro	29
Art. 51 - Denuncia di Sinistro e accertamenti della Malattia Grave	29
Art. 52 - Valutazione del Sinistro – Liquidazione dell'Indennizzo	29
Art. 53 - Arbitrato	30
SEZIONE 3 - INFORTUNI	30
Art. 54 - Limiti di età	30
Art. 55 - Persone non assicurabili	30
Art. 56 - Modalità assuntive – Adeguamento del Premio per la garanzia Diaria da Ricovero	30
Art. 57 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata	31
Art. 58 - Oggetto dell'Assicurazione	31
A. GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO	32
B. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	32
C. GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO	33
D. GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO	34
E. GARANZIA DIARIA DA RICOVERO	34
F. GARANZIA SPORT PERICOLOSI	35
G. GARANZIA CONTO PROTETTO	35
Art. 59 - Esclusioni	36
Art. 60 - Cosa fare in caso di Sinistro	37
Art. 61 - Criteri di indennizzabilità	37
Art. 62 - Cumulo di Indennizzi	37
Art. 63 - Anticipo Indennizzi	37
Art. 64 - Pagamento dell'Indennizzo	38
Art. 65 - Rinuncia al diritto di surrogazione	38
Art. 66 - Arbitrato	38
SEZIONE 4 – INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	38
A. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	38
Art. 67 - Limiti di età	38
Art. 68 – Oggetto dell'Assicurazione	38
Art. 69 - Esclusioni	39
Art. 70 - Termini di Carenza	39
Art. 71 – Modalità assuntive ed adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato	39
Art. 72 - Cosa fare in caso di Sinistro	40
Art. 73 - Criteri di indennizzabilità	40
Art. 74 - Determinazione dell'Indennizzo	40
SEZIONE 5 – SALUTE	40
Art. 75 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età	40
Art. 76 - Persone non assicurabili	41
Art. 77 - Modalità assuntive	42
Art. 78 – Oggetto dell'Assicurazione	42
Art. 79 – Cosa prevedono le garanzie	42
PIANO ASSICURATIVO "A"	42
PIANO ASSICURATIVO "B"	44
PIANO ASSICURATIVO "C"	46
PIANO ASSICURATIVO "D"	50
Art. 80 - Esclusioni	51
Art. 81 - Patologie preesistenti	54
Art. 82 - Termini di Carenza	54
Art. 83 - Cosa fare in caso di Sinistro	54
Art. 84 - Responsabilità	55
Art. 85 - Denuncia di Sinistro	55
Art. 86 - Gestione del Sinistro	56
Art. 87 - Restituzione delle somme indebitamente pagate	57
Art. 88 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro	57
Art. 89 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso	59
SEZIONE 6 – ASSISTENZA ALLE PERSONE	59

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

A.	GARANZIA ASSISTENZA PERSONA	60
Art. 90 - Oggetto dell'Assicurazione		60
Art. 91 - ESCLUSIONI		62
Art. 92 - Come attivare le prestazioni Assistenza Persona.....		62
SEZIONE 7 – ASSISTENZA TRAVEL.....		63
A.	GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO	64
Art. 93 - Oggetto dell'Assicurazione		64
Art. 94 – Esclusioni operanti per tutte le prestazioni.....		66
Art. 95 - Come attivare le prestazioni Assistenza Travel.....		66
SEZIONE 8 – ASSISTENZA TRAVEL GOLD.....		67
A.	GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO GOLD	67
Art. 96 - Oggetto dell'Assicurazione		68
Art. 97 – Esclusioni operanti per tutte le prestazioni.....		69
Art. 98 - Come attivare le prestazioni Assistenza Travel Gold		70
Art. 99 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro		70
AREA RISCHI PATRIMONIO.....		71
B. SETTORE PATRIMONIO		71
SEZIONE 9 – RESPONSABILITA' CIVILE TERZI		71
Art. 100 - Oggetto dell'Assicurazione - Variazioni di rischio - numero di addetti e/o posti letto diverso da quello dichiarato		71
A.	GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE	71
B.	GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA'	75
Art. 101 - Estensioni di garanzia per specifici settori		75
Art. 102 – Esclusioni		79
Art. 103 - Persone non considerate terzi		81
Art. 104 - Obblighi in caso di sinistro		81
SEZIONE 10 – TUTELA LEGALE.....		81
Art. 105 – Oggetto dell'Assicurazione		82
Art. 106 – Insorgenza del Sinistro		82
Art. 107 – Termini di denuncia del Sinistro e fornitura dei mezzi di prova		82
Art. 108 – Gestione del Sinistro, scelta dell'avvocato		82
Art. 109 – Pagamento delle spese		83
Art. 110 – Disaccordo con l'Assicuratore e conflitto di interesse		83
Art. 111 – Recupero di somme anticipate da ARAG.....		83
Art. 112 – Estensione territoriale		83
Art. 113 – Assicurati		83
Art. 114 – Prestazioni garantite e massimali		84
Art. 115 - Esclusioni.....		84
SEZIONE 11 – PROTEZIONE INCASSI POS.....		86
Art. 116 - Oggetto dell'assicurazione.....		86
A.	GARANZIA PROTEZIONE INCASSI POS	86
Art. 117 - Esclusioni		88
Art. 118 - Obblighi in caso di Sinistro		90
Art. 119 - Determinazione dell'ammontare del danno		90
Art. 120 - Perizia contrattuale.....		90
Art. 121 - Mandato dei Periti		90
Art. 122 - Esagerazione dolosa del danno - Perdita del diritto all'indennizzo		91
Art. 123 - Assicurazione presso diversi assicuratori		91
Art. 124 - Rivalsa		91
SEZIONE 12 – INCENDIO.....		91
Art. 125 - Oggetto dell'assicurazione.....		91
A.	GARANZIA FABBRICATO	91
B.	GARANZIA CONTENUTO	91
C.	GARANZIA RISCHIO LOCATIVO	96
Art. 126 - Condizioni particolari per la garanzia Incendio del contenuto sempre valide ed operanti		96
Art. 127 - Estensioni di garanzia per specifici settori		97



Art. 128 - Esclusioni.....	100
Art. 129 - Caratteristiche costruttive per Operatività della garanzia - Rinuncia al diritto di rivalsa.....	100
Art. 130 - Obblighi in caso di sinistro.....	101
Art. 131 - Determinazione dell'ammontare del danno per fabbricati, macchinari, mobili ed arredamento, apparecchiatura di ufficio.....	101
Art. 132 - Determinazione dell'ammontare del danno per merci	101
Art. 133 - Determinazione dell'ammontare del danno per bestiame e foraggio	101
Art. 134 - Determinazione dell'ammontare del danno per coltivazioni	101
Art. 135 - Determinazione dell'ammontare del danno per cose di uso personale	102
Art. 136 - Determinazione dell'ammontare del danno per "Strumenti e supporti specifici"	102
Art. 137 - Assicurazione a Primo rischio assoluto delle Garanzie Incendio del Fabbricato e Rischio locativo.....	102
Art. 138 - Assicurazione a Primo rischio assoluto della Garanzia Incendio del Contenuto	102
Art. 139 - Perizia contrattuale.....	102
Art. 140 - Mandato dei Periti	102
SEZIONE 13 – FURTO E RAPINA.....	102
Art. 141 - Oggetto dell'assicurazione.....	102
A. GARANZIA FURTO E RAPINA.....	103
Art. 142 - Condizioni particolari sempre valide ed operanti	103
Art. 143 - Estensioni di garanzia per specifici settori	104
Art. 144 - Limiti di indennizzo	105
Art. 145 - Esclusioni.....	106
Art. 146 - Caratteristiche del fabbricato per Operatività della garanzia.....	106
Art. 147 - Scoperti	107
Art. 148 - Mezzi di protezione e chiusura	107
Art. 149 - Obblighi in caso di sinistro.....	107
Art. 150 - Determinazione dell'ammontare del danno - Arbitrato	108
Art. 151 - Esagerazione dolosa del danno - Perdita del diritto all'indennizzo.....	108
Art. 152 - Riduzione delle somme assicurate in caso di sinistro	108
Art. 153 - Recupero delle cose rubate	108
Art. 154 - Titoli di credito.....	108
Art. 155 - Assicurazione presso diversi assicuratori.....	108
SEZIONE 14 – ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE ALL RISK	108
Art. 156 - Oggetto dell'assicurazione.....	109
A. GARANZIA ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE	109
Art. 157 - Esclusioni.....	110
Art. 158 - Mezzi di protezione e chiusura	111
Art. 159 - Cose di proprietà di terzi	111
Art. 160 - Conservazione delle cose assicurate	112
Art. 161 - Ispezione delle cose assicurate.....	112
Art. 162 - Obblighi in caso di sinistro.....	112
Art. 163 - Determinazione dell'ammontare del danno - Arbitrato	112
Art. 164 - Esagerazione dolosa del danno - Perdita del diritto all'indennizzo.....	113
Art. 165 - Assicurazione presso diversi assicuratori	113
Art. 166 - Rinuncia al diritto di rivalsa	113
SEZIONE 15 – ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK	113
Art. 167 - Oggetto dell'assicurazione.....	113
A. GARANZIA ENERGIE RINNOVABILI	113
Art. 168 - Limiti di indennizzo - Franchigie e scoperti	114
Art. 169 - Esclusioni.....	115
Art. 170 - Obblighi in caso di sinistro.....	116
Art. 171 - Perizia contrattuale.....	116
Art. 172 - Mandato dei Periti	116
Art. 173 - Determinazione dell'ammontare del danno per i danni diretti All risk	117
Art. 174 - Determinazione dell'ammontare del danno per i danni indiretti	117
Art. 175 - Assicurazione parziale.....	118
AREA CYBER	118
C. SETTORE PROTEZIONE	118
SEZIONE 16 – PERDITE PECUNIARIE	118

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Art. 176 - Oggetto dell'assicurazione.....	118
Art. 177 - Riduzione del Capitale Assicurato	118
Art. 178 - Rischi non assicurabili	118
Art. 179 – Condizioni di operatività delle Garanzie.....	119
Art. 180 - Validità territoriale	119
Art. 181 - Limiti di Indennizzo	119
Art. 182 - Esclusioni.....	119
Art. 183 - Obblighi in caso di Sinistro	120
Art. 184 - Procedura per la valutazione del Danno	121
Art. 185 - Mandato ai periti	121
Art. 186 - Pagamento dell'Indennizzo	121
AREA CYBER	121
D. SETTORE PREVENZIONE E MONITORAGGIO.....	121
SEZIONE 17 – SERVIZI DI PREVENZIONE E MONITORAGGIO	121
ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI	123
ALLEGATO 2. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI.....	125
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.....	1
MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	1



PREMESSA

PROTECTION BUSINESS è una Polizza multigaranzia dedicata alla protezione dei beni, delle persone e del patrimonio dedicati alle Attività aziendali.

Con PROTECTION BUSINESS è possibile proteggere in un unico contratto i titolari, dipendenti e/o collaboratori (fino a 5 assicurati) ed i beni aziendali (5 fabbricati/capannoni/immobili), gli impianti fotovoltaici e/o solari termici (5 impianti), avendo a disposizione una proposizione di pacchetti di coperture predefiniti in base ai diversi settori di appartenenza, quali Agricoltura, Commercio, Industria e Artigianato, Liberi Professionisti, Servizi, Turismo e Ristorazione.

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 modello di Polizza, ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati e riportati nelle presenti Condizioni di Assicurazione per le singole Garanzie, fatte salve altresì le Franchigie e i limiti di Indennizzo che siano riportati in Polizza o all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le coperture assicurative indicate sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo Premio.

Il prodotto è suddiviso 3 Aree di Rischio, 4 Settori e 17 Sezioni, secondo lo schema seguente:

- **AREA RISCHI PERSONE**

- A. SETTORE BENESSERE**

1. SEZIONE TEMPORANEA CASO MORTE
 - A. Garanzia *Temporanea Caso Morte*
2. SEZIONE INDENNITARIA GRAVI MALATTIE
 - A. Garanzia *Indennitaria Gravi Malattie*
3. SEZIONE INFORTUNI
 - A. Garanzia *Morte da Infortunio*
 - B. Garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*
 - C. Garanzia *Inabilità temporanea da Infortunio*
 - D. Garanzia *Rimborso spese di cura da Infortunio*
 - E. Garanzia *Diarìa da Ricovero*
 - F. Garanzia *Sport Pericolosi*
 - G. Garanzia *Conto Protetto*
4. SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
 - A. Garanzia *Invalidità permanente da Malattia*
5. SEZIONE SALUTE
 - A. Garanzia *Piano Assicurativo A*
 - B. Garanzia *Piano Assicurativo B*
 - C. Garanzia *Piano Assicurativo C*
 - D. Garanzia *Piano Assicurativo D*
6. SEZIONE ASSISTENZA ALLE PERSONE
 - A. Garanzia *Assistenza persona*
7. SEZIONE ASSISTENZA TRAVEL
 - A. Garanzia *Assistenza in viaggio*
8. SEZIONE ASSISTENZA TRAVEL GOLD
 - A. Garanzia *Assistenza in viaggio*

- **AREA RISCHI PATRIMONIO**

- B. SETTORE PATRIMONIO**

9. SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE TERZI
 - A. Garanzia *Responsabilità Civile dell'attività verso terzi e prestatori di lavoro*
 - B. Garanzia *Responsabilità Civile della Proprietà*
10. SEZIONE TUTELA LEGALE
 - A. Garanzia *Tutela legale*
11. SEZIONE PROTEZIONE INCASSI POS
 - A. Garanzia *Protezione Incassi POS*
12. SEZIONE INCENDIO Danni al FABBRICATO e/o al CONTENUTO
 - A. Garanzia *Incendio Fabbricato*
 - B. Garanzia *Incendio Contenuto*
 - C. Garanzia *Rischio locativo*
13. SEZIONE FURTO E RAPINA
 - A. Garanzia *Furto e rapina*
14. SEZIONE ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE ALL RISK
 - A. Garanzia *Elettronica e Guasti macchine*



15. SEZIONE ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK

A. Garanzia **Energie rinnovabili All Risk**

• **AREA CYBER**

C. SETTORE PROTEZIONE

16. SEZIONE PERDITE PECUNIARIE

A. Garanzia **Rimborso spese di ripristino dati e sistema informatico**

D. SETTORE PREVENZIONE E MONITORAGGIO

17. SEZIONE PREVENZIONE E MONITORAGGIO

NELLA PROPOSIZIONE DEL PRODOTTO LE SEZIONI SONO STATE INGLOBATE IN 3 AREE DI BISOGNO:

1) **Area FAMIGLIA e AFFETTI**, che include:

SEZIONE 1 - TEMPORANEA CASO MORTE

Garanzia **Temporanea Caso Morte**

SEZIONE 2 -INDENNITARIA GRAVI MALATTIE

Garanzia **Indennitaria Gravi Malattie**

SEZIONE 6 -ASSISTENZA ALLE PERSONE

Garanzia **Assistenza persona**

SEZIONE 7 -ASSISTENZA TRAVEL

Garanzia **Assistenza in viaggio**

SEZIONE 8 -ASSISTENZA TRAVEL GOLD

Garanzia **Assistenza in viaggio**

2) **Area BENESSERE E SALUTE** articolato in:

BENESSERE, che include:

SEZIONE 3 – INFORTUNI

Garanzia **Morte da Infortunio**

Garanzia **Invalità permanente da Infortunio**

Garanzia **Inabilità temporanea da Infortunio**

Garanzia **Rimborso spese di cura da Infortunio**

Garanzia **Diaria da Ricovero**

Garanzia **Sport Pericolosi**

Garanzia **Conto Protetto**

SALUTE, che include:

SEZIONE 4 - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Garanzia **Invalità Permanente da Malattia**

SEZIONE 5 - SALUTE

Garanzia **Piano Assicurativo A**

Garanzia **Piano Assicurativo B**

Garanzia **Piano Assicurativo C**

Garanzia **Piano Assicurativo D**

SEZIONE 6 -ASSISTENZA ALLE PERSONE

Garanzia **Assistenza persona**

SEZIONE 7 -ASSISTENZA TRAVEL

Garanzia **Assistenza in viaggio**

SEZIONE 8 -ASSISTENZA TRAVEL GOLD

Garanzia **Assistenza in viaggio**

3) **Area PATRIMONIO**, articolato in:

PATRIMONIO, che include:

SEZIONE 9 - RESPONSABILITA' CIVILE TERZI

Garanzia **Responsabilità Civile dell'attività verso terzi e prestatori di lavoro**

Garanzia **Responsabilità Civile della Proprietà**

SEZIONE 10 -TUTELA LEGALE

Garanzia **Tutela legale**

SEZIONE 11 -PROTEZIONE INCASSI POS

Garanzia **Protezione Incassi POS**

SEZIONE 12 - SEZIONE INCENDIO Danni al FABBRICATO e/o al CONTENUTO

Garanzia **Incendio Fabbricato**

Garanzia **Incendio Contenuto**

Garanzia **Rischio locativo**

SEZIONE 13 - FURTO E RAPINA

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

*Garanzia **Furto del Contenuto***

SEZIONE.14 - ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE ALL RISK

*Garanzia **Elettronica e Guasti macchine***

SEZIONE 15 - ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK

*Garanzia **Energie rinnovabili All risk***

CYBER, che include:

SEZIONE 16 - SEZIONE PERDITE PECUNIARIE

*Garanzia **Rimborso spese di ripristino dati e sistema informatico***

SEZIONE 17 - PREVENZIONE E MONITORAGGIO



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A TUTTE LE SEZIONI (ad eccezione della SEZIONE 2, della SEZIONE 5, della SEZIONE 6-7-8- e della SEZIONE 10)

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- Per e-mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 2 (Indennitaria Gravi Malattie) – SEZIONE 5 (Garanzie “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite Specialistiche”, “Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi”, “Dental”)

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia
- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Tool sinistri: applicativo disponibile presso le filiali Sparkasse per la denuncia ed il tracking sul sinistro
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Via Internet o tramite app dedicata: <https://app.myassistance.eu>

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 6-7-8- (Assistenza)

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 DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 10 (Tutela Legale)

ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, Viale del Commercio n.59 - 37135 VERONA

- Telefono centralino: 045.8290411,
- fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557,
- mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it,
- fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

- Numero Verde 800 9096 44 (Contact Center)
- Sito: www.netinsurance.it/wecare
- Fax + 39 06 97625707

PER INOLTARE UN RECLAMO

- Net Insurance Life S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA (Garanzia temporanea Caso Morte)
- 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

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Anno assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

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.

Assicuratore

Net Insurance Life S.p.A. per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Net Insurance S.p.A. per le altre garanzie.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Assistenza

La garanzia assicurativa con la quale l'Assicuratore 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.

Beneficiario

Persona fisica o persona giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento. Limitatamente alla garanzia Conto protetto il beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che l'Assicuratore 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.

Conclusione del contratto di assicurazione

Il momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

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 risarcibili ai sensi di Legge in conseguenza di morte o

lesioni personali e/o distruzione o deterioramento di cose.

Data di Decorrenza

Il momento da cui decorre l'Assicurazione, fatto salvo quanto previsto nei Termini di Carenza.

Franchigia

Il numero di giorni o l'importo (espresso in valore assoluto o in percentuale sul capitale/massimale assicurato) dedotti dal danno indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico. Se non diversamente indicato, la Franchigia si applica per Evento.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, l'Assicuratore procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Impignorabilità e inesquestrabilità

Principio secondo cui, ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute dall'Assicuratore al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Indennizzo o indennità o rimborso

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Sinistro e Anno assicurativo, l'Assicuratore presta la garanzia.

Nucleo Familiare

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

Parte

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Il periodo di durata del contratto di assicurazione indicato in Polizza.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione e che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza, scadenza, Premio, Piano assicurativo, etc.).

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.



Prestazione

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

Prestito

Relativamente alle garanzie Vita, la somma che il Contraente, se previsto dalla forma tariffaria, può richiedere all'Assicuratore nei limiti del valore di Riscatto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del Prestito vengono concordate tra l'Assicuratore ed il Contraente mediante apposita Appendice. Non previsto per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Proposta di Assicurazione

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

Rami Danni

I Rami assicurativi diversi dal Ramo Vita.

Recesso

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

Revoca

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

Riscatto

Relativamente alle polizze Vita, la facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente determinate tipologie di contratti, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione. Non prevista per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Rischio

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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

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

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 l'Assicuratore provvede, per incarico in quest'ultimo, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Assicuratore stesso, 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 prevenivano.

Definizioni specifiche dell'Area Rischi Persone

Aborto Terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute dalla madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Accertamenti Diagnostici

Le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle Visite Specialistiche) che possono essere effettuate anche in ambulatorio/Centro Medico volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia o Infortunio.

Apparecchio terapeutico amovibile

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

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate,

interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance costituita da personale con competenze tecnico mediche, incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'Assicurazione.

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibito al Ricovero, Day Hospital/Day Surgery, non finalizzato al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurgici ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).



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 / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di Cartella Clinica.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Emergenza Odontoiatrica

Qualsiasi evento imprevisto o improvviso che richieda cure odontoiatriche urgenti e che implichi procedure o servizi, coperti dalla presente assicurazione, indicati per trattare i dolori dovuti a: infezioni, ascessi, carie, pulpiti, infiammazioni o emorragie.

La presente copertura riguarda non solo il primo trattamento di emergenza, ma l'intero trattamento fino alla soluzione della situazione di emergenza.

Evento / Data Evento

- Prestazioni Ospedaliere - il singolo Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere - l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- Prestazioni dentarie - la data in cui viene eseguita ogni prestazione odontoiatrica.

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 "molli";

- 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).

Gruppo Familiare

L'insieme delle persone assicurate per la Sezione 5 – Salute facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purché siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli di ciascuno di essi, per un massimo di 5 persone all'interno dello stesso Gruppo Familiare. Anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Inabilità temporanea

Temporanea incapacità fisica ad attendere, in tutto od in parte, alle occupazioni professionali svolte abitualmente.

Indennità Giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery sia in regime SSN che privato.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il Rimborsamento delle spese sanitarie.

Infortunio

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

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgo.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Invalidità permanente

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 convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, toterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

Lavoratore dipendente

La persona fisica che abbia superato il periodo di prova, che risulti assunta da almeno 6 mesi e che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali. Non sono considerati Lavoratori dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla Legge italiana).

Lavoratore dipendente del settore privato

La persona fisica che presti il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da



infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia grave

Alterazione della normale condizione di salute dell'individuo, in conseguenza della quale si verificano gravi ed irreversibili turbe della funzione e/o della struttura di uno o più organi. Per la presente Polizza, sono considerate in garanzia le gravi malattie descritte all'articolo 44: Infarto del miocardio, Ictus e Cancro.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Medicina Alternativa o complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica; medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese; omotossicologia; chiropratica.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, relativamente alle garanzie della Sezione 5 – Salute (Piano Assicurativo A – B – C – D) al Pagamento diretto delle strutture sanitarie, dei medici chirurghi convenzionati e dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie, con detti medici chirurghi convenzionati e con detti dentisti convenzionati.

Patologie preesistenti

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza.

Perdita di impiego

La perdita del lavoro a seguito di "giustificato motivo oggettivo" indipendentemente dalla volontà o colpa dell'Assicurato.

Piano Assicurativo

Prestazioni sanitarie assicurate, scelte dall'Assicurato e indicate in Polizza.

Prestazione Assicurata

Relativamente alla garanzia Temporanea Caso Morte, la somma, pagabile sotto forma di capitale, che l'Assicuratore corrisponde al beneficiario

Prevenzione odontoiatrica

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Questionario Sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurando, che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Il Questionario Sanitario deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando.

Retta di Degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Riattivazione

Relativamente alla garanzia Temporanea Caso Morte, la facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini e con le modalità indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei Premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Avviene generalmente mediante il versamento dei Premi arretrati.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Riduzione

Relativamente alle polizze Vita, la diminuzione della Prestazione Assicurata, conseguente, per determinate tipologie tariffarie, alla sospensione, da parte del Contraente, del pagamento dei Premi annui, determinata tenendo conto dei Premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti. Non prevista per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita umana, caratteristica essenziale del contratto di Assicurazione sulla vita: infatti l'impegno dell'Assicuratore di erogare la prestazione assicurata è conseguenza del verificarsi di tale evento.

Sci alpinismo

La pratica dello sci, anche fuori pista, con ascensioni ed escursioni in montagna, senza utilizzo degli impianti di risalita, su percorsi non tracciati e con livello di difficoltà superiore a BS della scala di Blachère.

Sci estremo

Discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Il Pagamento diretto presuppone l'utilizzo da parte dell'Assicurato delle Strutture Convenzionate previa autorizzazione della Centrale Operativa (Piano Assicurativo A – B – C – D), la quale prenderà a suo carico i costi delle prestazioni entro i Massimali assicurati, senza alcun anticipo da parte dell'Assicurato. L'Assicurato pagherà esclusivamente



eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali. Sia l'Istituto di Cura che l'equipe medica devono essere convenzionati.

Surgical Cash

Indennità forfettaria prestabilita, per Intervento chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio.

Termini di Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di Carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti

da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica

Visite Specialistiche

La visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

Strutture non Convenzionate (a"rimborso")

Strutture non facenti parte delle Strutture Convenzionate con la società di servizi, con erogazione delle prestazioni a Rimborso.

Definizioni specifiche dell'Area Rischi Patrimonio

Abitazione Abituale L'abitazione ove l'Assicurato abbia residenza anagrafica, ovvero dimori abitualmente per la maggior parte dell'anno, purché posta in territorio italiano.

Acquisti via web

Tutti i contratti aventi a oggetto beni stipulati tra un professionista e un consumatore nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dal professionista, nei quali il soggetto che effettua l'acquisto sia una persona fisica che, in relazione ai contratti agisce per scopi non riferibili all'attività professionale eventualmente svolta. Il bene deve essere consegnato tramite corriere espresso ovvero con sistemi simili che permettano la tracciabilità della spedizione.

Addetti

I prestatori di lavoro subordinato dipendenti dell'Assicurato (compresi i lavoratori intermittenti, con contratto di lavoro ripartito, i lavoratori a part-time, gli apprendisti, i lavoratori occasionali accessori, i lavoratori assunti con contratto di inserimento, di cui al D.Lgs. 10 settembre 2003 n. 276) i titolari, i soci ed i familiari coadiuvanti nonché i lavoratori a progetto, con contratto di lavoro di somministrazione, distaccati da altre aziende di cui al D.Lgs. 10 settembre 2003 n. 276, di cui l'Assicurato si avvale, nel rispetto delle norme di legge, nell'esercizio dell'attività descritta in Polizza. Si intendono inclusi anche i corsisti, borsisti e gli stagisti.

All risk

Si intende la copertura assicurativa che copre tutti i rischi, ad eccezione di quelli esplicitamente menzionati nelle esclusioni.

Armadio corazzato

Mobile in acciaio avente almeno le seguenti caratteristiche:

- pareti e battenti con mantello esterno ed interno in acciaio;
- nella porta, davanti le serrature, piastre di acciaio speciale intrapanabile;
- catenacci multipli manovrati da maniglia e bloccati da serrature di sicurezza.

Attacco Informatico

Un atto doloso di terzi contro il Sistema Informatico dell'Assicurato.

Attività

L'attività aziendale svolta dall'Assicurato e dichiarata in Polizza, compreso lo svolgimento di attività complementari, sussidiarie ed accessorie ad essa pertinenti nonché l'erogazione di servizi, compresi i punti di vendita al pubblico e/o spacci annessi, il tutto purché strettamente attinenti all'attività stessa.

Azienda agricola

Esercizio di attività agricola autonoma territorialmente individuata e delimitata, anche se le aree risultino fra loro separate purché costituiscano un'unica entità aziendale, atta a produrre reddito considerato agricolo ai sensi del D.P.R. n. 597 del 29/09/1973, e successivo D.P.R. n. 917 del 22/12/1986, e del D. Lgs n. 228 del 18/05/2001. Fanno parte dell'azienda agricola: i fabbricati, ivi compresa abitazione rurale, compresi fabbricati civili, le scorte e prodotti, il foraggio, il bestiame, le attrezzature, le macchine agricole, i reparti, le officine e laboratori sussidiari, i sili purché da essa azienda dipendenti e destinati all'uso esclusivo della stessa.

Azienda agrituristica/agriturismo

Azienda agricola in cui si svolge attività di agriturismo, così come disciplinato dalla legge n. 730 del 5/12/1985, dalla legge 20/02/2006 n. 96 e successive modificazioni o integrazioni, per la quale l'azienda è in possesso della relativa autorizzazione.

Bagaglio

Capi d'abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale foto-cine-ottico, i computer, le agende elettroniche, i telefoni portatili/smartphone e la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'Assicurato porta con sé o indossa in viaggio.

Bestiame

Bovini (compresi i bufali), equini, suini, caprini, ovini, animali da cortile, api e relative arnie, struzzi purché si tratti di allevamento a carattere non intensivo o industriale, intendendosi per tale quello che impiega tecniche industriali e scientifiche compresa la somministrazione di farmaci a scopo non terapeutico per favorire la crescita degli animali - e/o quello che preveda l'alimentazione degli stessi con prodotti parzialmente o totalmente non derivati dalla coltivazione dei fondi dell'azienda. Restano comunque esclusi



dalla definizione di bestiame: i cavalli da corsa, gli animali da pelliccia e gli allevamenti intensivi di conigli, volatili e avicoli in genere.

Bicicletta

Velocipede a pedali. Sono incluse le biciclette a pedalata assistita con motore elettrico di potenza massima di 0,25 kW non soggette all'assicurazione obbligatoria di responsabilità civile veicoli a motore.

Cassaforte a mobile

Quella con pareti e battenti in acciaio, di spessore adeguato, costruiti usando materiali specifici di difesa ed accorgimenti difensivi atti ad opporre valida resistenza ai tentativi di effrazione. La corazzatura della cassaforte deve costituire un complesso monolitico, dove materiali specifici di difesa ed accorgimenti difensivi si integrano tra loro. Le casseforti a mobile con peso inferiore a 200 kg devono essere ancorate rigidamente al pavimento e ad almeno una parete in laterizio.

Contenuto

Si intende:

- macchinari e attrezzature: macchine, macchine agricole, impianti, attrezzi e relativi ricambi e basamenti; impianti e mezzi di sollevamento o pesa; macchine anche agricole semoventi, mezzi di traino e di trasporto in genere; tutti non iscritti al P.R.A
- mobili ed arredamento compresi armadi di sicurezza e casseforti, oggetti di cancelleria e stampati e gli effetti domestici;
- apparecchiature: elaboratori di processo e di automazione di processi industriali non al servizio di singole macchine, macchine elettriche ed elettroniche per ufficio, registratori di cassa, bilance elettroniche, personal computer, minielelaboratori ed elaboratori per ufficio e relative unità periferiche di ricezione e trasmissione dati, con i relativi conduttori di collegamento, macchine ed impianti di telecomunicazione, sistemi elettronici di segnalazione, prevenzione ed allarme non considerati immobili per natura e destinazioni;
- merci comprese le imposte di fabbricazione ed i diritti doganali: materie prime, ingredienti di lavorazione e prodotti dell'azienda, semilavorati e finiti, scorte e materiali di consumo, imballaggi, prodotti inerenti l'attività indicata in Polizza, campionari, quant'altro previsto dalla licenza di vendita dell'esercizio commerciale, supporti, scarti e ritagli di lavorazione, merci speciali e infiammabili nei quantitativi dichiarati in Polizza;
- denaro, valori, gioielli, preziosi, pellicce, tappeti, quadri, collezioni, oggetti d'arte in genere
- strumenti e supporti specifici: schede, dischi, nastri, microfilm per calcolatori, per elaboratori elettronici e per macchine meccanografiche, disegni, documenti, registri, libri, pubblicazioni, modelli, stampi, cilindri, garbi, cartoni per telai, clichés, pietre litografiche, tavolette stereotipe, rami e zinchi con incisioni, fotocolors.

Sono esclusi dalla definizione di contenuto: tabacchi, granaglie sullo stelo, tutte le coltivazioni (arboree, erbacee ed orticole), gli alberi, boschi, frutti pendenti, foraggio e bestiame.

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".

Cose

Gli oggetti materiali e, limitatamente alla sola garanzia di Responsabilità Civile, anche gli animali.

Denaro e Valori

Denaro, titoli di credito in genere ed ogni carta rappresentante un valore (quali a titolo esemplificativo: buoni pasto, francobolli, marche da bollo, carte bollate).

Dipendenze e/o pertinenze

Locali anche posti in corpi separati, purché negli spazi adiacenti o pertinenti al fabbricato in cui si trova l'azienda assicurata costituenti uffici, magazzini, depositi.

Esplosivi

Sostanze e prodotti che, anche in piccole quantità:

- a contatto con l'aria o l'acqua, a condizioni normali, danno luogo ad esplosione;
- per azione meccanica o termica esplodono inclusi gli esplosivi considerati dall'art. 83 del R.D. n. 635 del 6 maggio 1940 ed elencati nel relativo allegato A.

Esplosione

Sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione, dovuto a reazione chimica che si auto propaga con elevata velocità.

Fabbricati

L'intera costruzione edile (incluse le dipendenze ed eventuale abitazione dell'Assicurato e/o del custode ubicata nell'ambito dell'azienda) o la parte di essa in cui si svolge l'attività dichiarata, contenente le cose assicurate, escluso il valore dell'area. Sono comprese le recinzioni, fissi, infissi, opere di fondazione od interrate, ascensori e montacarichi, scale mobili, antenne, come pure altri impianti od installazioni considerati immobili per natura o destinazione moquettes, rivestimenti, affreschi, cancelli, statue non aventi valore artistico, silos in muratura, cantine, serre e simili. In caso di assicurazione di porzione di fabbricato la definizione si intende riferita a tale porzione ed alle quote di partecipazione delle parti comuni del fabbricato stesso ad essa spettante. Si intendono esclusi i capannoni pressostatici, tensostrutture, i fabbricati in abbandono, gli impianti fotovoltaici e solari termici che possono essere assicurati come cosa a sé stante rispetto al fabbricato, nonché quanto indicato alla voce Contenuto.

Fatto Accidentale

Evento che non sia conseguenza naturale delle modalità adottate dall'assicurato nello svolgimento dell'attività garantita in polizza e/o che non deriva da violazioni volontarie da parte dello stesso di leggi alle quali deve adattarsi nell'esercizio dell'attività oggetto dell'assicurazione.

Fatto Illecito

È il fatto, doloso o colposo, che ha cagionato un danno ingiusto e che obbliga chi l'ha commesso a risarcire il danno. Il fatto illecito non consiste in un adempimento né in una violazione di un obbligo contrattuale, bensì nell'inosservanza di una norma di legge o nella lesione dell'altrui diritto. Il danno conseguente al fatto illecito viene denominato danno "extracontrattuale", perché tra danneggiato e responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale.

Fatturato

L'ammontare del fatturato (al netto dell'IVA e dei contributi previdenziali obbligatori), dei singoli professionisti assicurati, riferito al periodo intercorrente tra il 1° gennaio e il 31 dicembre dell'anno fiscale di riferimento.



Fissi ed infissi

Serramenti in genere, manufatti per la chiusura dei vani di transito, illuminazione e aerazione delle costruzioni, nonché quanto è stabilmente ancorato alle strutture murarie, rispetto alle quali ha funzione secondaria di finimento o protezione.

Foraggio

Prodotti vegetali per l'alimentazione del bestiame, nonché paglia, stramaglie e simili.

Furto

Impossessamento della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Fustelle farmaceutiche (Valore)

Si intende il credito che esse rappresentano, ovvero l'importo ottenuto detrando dal prezzo dei medicinali, indicato sulle fustelle, il ticket incassato.

Gioielli e preziosi

Oggetti d'oro e di platino o montati su detti metalli, pietre preziose, coralli, perle naturali e di coltura, etc, nonché orologi da polso o da taschino anche in metallo non prezioso.

Guasto al veicolo

L'evento meccanico, elettrico o idraulico improvviso ed imprevisto che metta il veicolo in condizioni tali da non poter continuare il viaggio previsto o che lo metta in condizioni di circolazione anormale o pericolosa sul piano della sicurezza delle persone o dei veicoli. Non sono considerati guasti gli immobilizzi derivanti da operazioni di manutenzione ordinaria/periodica, da montaggio di accessori o da interventi sulla carrozzeria, nonché le conseguenze di un malfunzionamento di tipo meccanico, elettrico o idraulico del sistema di manutenzione dei sistemi di sollevamento che possono equipaggiare il veicolo assicurato o il relativo rimorchio.

Impianto di allarme antifurto

Impianto di allarme automatico antifurto con sirena installato da ditta registrata presso l'I.M.Q. oppure impianto automatico antifurto nebbiogeno conforme alla normativa ISO 9001-2000, installati da ditta qualificata.

Impianto fotovoltaico

Un impianto fotovoltaico è costituito da un insieme di apparecchiature che consentono di trasformare direttamente l'energia solare in energia elettrica. Si compone di modulo solare (celle fotovoltaiche) che generano corrente continua da energia solare, inverter che trasforma questa corrente continua in corrente alternata, quadri di campo, quadri di interfaccia, cablaggio e strutture di sostegno, contatori che misurano la corrente immessa in rete.

Impianto solare termico

Si compone di moduli solari che forniscono calore per il riscaldamento dell'acqua.

Implosione

Cedimento di apparecchiature, serbatoi e contenitori in genere, per carenza di pressione interna di fluidi rispetto a quella esterna.

I.M.Q.

Istituto Italiano del Marchio di Qualità.

Incendio

Combustione, con fiamma di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto estendersi e propagarsi.

Incombustibili

Sostanze e prodotti che alla temperatura di 750 °C non danno luogo a manifestazione di fiamma né a reazione esotermica. Il metodo di prova è quello adottato dal Centro Studi

Esperienze del Ministero dell'Interno. Sono considerati incombustibili anche i materiali presenti nel tetto certificati in classe di reazione al fuoco 1 (D.M. 26 giugno 1984 del Ministero dell'Interno).

Inflammabili

Sostanze e prodotti non classificabili "esplosivi" ad eccezione delle soluzioni idroalcoliche di gradazione non superiore a 35° centesimali che rispondono alle seguenti caratteristiche:

- gas combustibili;
- liquidi e solidi con punto di infiammabilità inferiore a 55° C;
- ossigeno, sostanze e prodotti decomponibili generanti ossigeno;
- sostanze e prodotti che, a contatto con l'acqua o l'aria umida, sviluppano gas combustibili;
- sostanze e prodotti che, anche in piccole quantità, a condizioni normali ed a contatto con l'aria, spontaneamente si infiammano.

Il punto di infiammabilità si determina in base alle norme di cui al D.M. 17 dicembre 1977 - allegato V.

Lastre

Lastre di cristallo, mezzo cristallo e vetro in genere, vetro antisfondamento e specchi, lastre in materia plastica rigida, facenti parte dell'arredamento o pertinenti alle aperture, scale ed altri vani dei locali aziendali, esclusi i lucernari.

Locale aziendale

Unità immobiliare ove il Contraente ha stabilito la Sede Legale o Sede Operativa delle attività professionali indicate in Polizza.

Macchine agricole

I veicoli semoventi o trainati destinati a servizi e lavorazioni meccanico-agrarie, tutti non iscritti al P.R.A.

Manutenzione ordinaria

Sono considerati interventi di manutenzione ordinaria, quelli che riguardano le opere di riparazione, rinnovamento o sostituzione delle finiture degli edifici e quelle necessarie ad integrare o mantenere in efficienza gli impianti tecnologici esistenti.

Massimale

Importo massimo complessivo che l'Assicuratore si impegna a corrispondere per l'indennizzo del sinistro.

Merci speciali

Polveri, trucioli o spugna di: alluminio, bronzo di alluminio, bronzo, magnesio, titanio, zirconio, afnio, torio, tungsteno, uranio - celluloidi (grezza ed oggetti di) - materie plastiche espanse o alveolari - imballaggi in materia plastica espansa o alveolare (eccettuati quelli racchiusi nella confezione delle merci) - espansite e sughero grezzo - cartaccia, carta straccia o da macero, refili e sfridi di carta e cartone - schiuma di lattice, gomma spugna o microporosa - cotone idrofilo - ovatte - cottoni sodi - cascami tessili, ritagli di tessuti, stracci - stracciati, sfilacciati, garnettati, filetti esclusi quelli contenenti lana per almeno l'80% - piume o piumino.

Mezzi di chiusura

Ogni apertura verso l'esterno dei locali contenenti le cose assicurate, situata a meno di 4 metri dal suolo o da superfici acquee, nonché da ripiani accessibili e praticabili per via ordinaria (cioè senza impiego di mezzi artificiali o di particolare agilità personale) dall'esterno, e difesa, per tutta la sua estensione, da: robusti serramenti in legno, materia plastica rigida, metallo o lega metallica chiusi con serrature,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

lucchetti od altri idonei congegni manovrabili esclusivamente dall'interno; vetro antisfondamento.

Paesi dell'Unione Europea

Per la copertura Tutela legale s'intendono gli Stati Membri dell'Unione Europea: Belgio, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Danimarca, Irlanda, Regno Unito, Grecia, Portogallo, Spagna, Austria, Finlandia, Svezia, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Ungheria, Bulgaria, Romania.

Perdita patrimoniale

Le somme per le quali l'Assicurato sia riconosciuto responsabile nei confronti di clienti in relazione all'esercizio dell'attività assicurata da parte dell'Assicurato che non sia conseguenza di morte o lesioni personali e/o distruzione o deterioramento di cose.

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.

P.O.S. (Point of sale)

È uno strumento di incasso che consente il trasferimento di fondi da un soggetto (compratore) ad un altro (esercente venditore di beni o servizi), grazie all'utilizzo di carte di debito, di credito e prepagate.

Primo Rischio Assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'Assicuratore risponde dei danni sino alla concorrenza di un determinato capitale senza applicazione della regola proporzionale prevista dall'art. 1907 c.c..

Rapina

Impossessamento di cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, mediante violenza alla persona o minaccia.

Scasso

Forzatura, rimozione o rottura di serrature o di mezzi di protezione dei locali o di cassaforte o mobili contenenti i beni assicurati, tali da causare l'impossibilità successiva del regolare funzionamento che vi era prima del fatto dannoso.

Scippo

Il furto commesso strappando il bene di mano o di dosso alla persona che lo detiene.

Scoppio

Repentino dirompersi di contenitori per eccesso di pressione interna dei fluidi non dovuto a esplosione. Gli effetti del gelo e del "colpo di ariete" non sono considerati scoppio.

Serre

Impianti fissi ancorati al suolo mediante fondazioni in cemento o muratura, destinati alla coltivazione e/o riproduzione di piante in genere, con le strutture portanti in ferro e/o cemento armato, e la copertura in vetro e/o plastica rigida. Sono comprese tutte le opere murarie anche se interrato, fissi ed infissi, impianti ed attrezzature stabilmente installati nelle serre.

Settore

Insieme di differenti attività aziendali secondo caratteristiche comuni. Il settore di appartenenza relativo all'attività assicurata è riportato in Polizza.

Sinistro di Tutela legale

L'insorgere della controversia.

Staff e/o collaboratori

Qualsiasi persona fisica che opera ha operato od opererà per conto dell'Assicurato nello svolgimento delle attività previste nell'oggetto dell'assicurazione, in qualità di dipendente, praticante, apprendista, studente, ausiliario, collaboratore, corrispondente, italiano od estero; a tempo pieno o part-time, in periodo di formazione, per incarichi sostitutivi o temporanei.

Telecontrollo

Insieme di strumenti a servizio dell'impianto fotovoltaico, costituito da:

- un sistema di raccolta dei dati che interroga ciclicamente gli inverter campionando i loro dati di funzionamento (Data Monitor)
- un sistema di raccolta dati centralizzato (Data Collector)
- un sistema di monitoraggio e reportistica accessibile tramite il web (Data Reporter).

Tetto

Insieme delle strutture, portanti e non portanti, destinate a coprire e proteggere il fabbricato dagli eventi atmosferici, comprese relative strutture portanti (orditura, tiranti o catene).

Tutela legale

Ramo assicurativo come previsto ai sensi del D.Lgs. 209/05 - artt. 163 - 164 - 173 - 174.

Valore a nuovo

Si intende:

- per il fabbricato: la spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo, escludendo soltanto il valore dell'area e tenuto conto delle tecniche costruttive del momento del Sinistro;
- per le apparecchiature e gli impianti: il costo di rimpiazzo a nuovo delle cose, ossia il loro prezzo di listino o, in mancanza, il costo effettivo per la sostituzione con una cosa nuova uguale oppure, se questa non fosse più disponibile, con una cosa equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento, comprensivo delle spese di trasporto, dogana, montaggio e collaudo, nonché delle imposte, qualora queste non possano essere recuperate dall'Assicurato.

Vetro antisfondamento

Quello costituito da due o più strati di vetro accoppiati tra loro rigidamente con interposto, tra vetro e vetro, uno strato di materiale plastico, di spessore totale non inferiore a 6 mm. oppure quello costituito da unico strato di materiale sintetico (polycarbonato) di spessore non inferiore a 6 mm.

Visitatore/Consulente

S'intende la persona fisica presente presso i locali del Contraente di Polizza per una visita di lavoro o consulenza o prestazione d'opera, regolarmente registrata in fase di accoglienza.

Definizioni specifiche dell'Area Rischi Cyber

Attacco Informatico

Un Atto Doloso contro il Sistema Informatico dell'Assicurato.

Atto doloso

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Qualsiasi atto illecito effettuato con l'intenzione di causare un Danno o di ottenere l'accesso illegittimo ai Dati, al Sistema Informatico o alle Reti dell'Assicurato.

Continuous Scanning

Rilevazione automatiche di porte/servizi accessibili da rete pubblica associati ad indirizzi IP pubblici aziendali con relativa analisi di vulnerabilità, misconfigurazioni od esposizione su rete pubblica di servizi critici.

Danno

Alterazione, cancellazione o danneggiamento di Dati quali, ad esempio, Dati Aziendali o Dati Personali, presenti nel Sistema Informatico dell'Assicurato.

Data Breach

Determina la presenza di indirizzi e-mail, informazioni anagrafiche e/o password aziendali/personali (qualora configurati sul sistema Nethive.) nei database relativi a servizi cloud compromessi o attaccati.

La perdita di confidenzialità di informazioni potenzialmente sensibili come username, password, anagrafiche determina l'aumento della probabilità di accessi non autorizzati.

Dati

Qualsiasi informazione digitale - che non sia direttamente disponibile al pubblico o che non sia di pubblico dominio - presente nel Sistema Informatico dell'Assicurato e memorizzata all'esterno della memoria ad accesso casuale (RAM), indipendentemente dalla forma o modo in cui viene utilizzata o visualizzata (ad esempio testo, immagini, video, software).

Dati aziendali

Informazioni aziendali e commerciali, contrassegnate o meno come "confidenziali", che non siano direttamente disponibili al pubblico (che non siano di pubblico dominio).

Dati personali

Informazioni utili a identificare una persona come disciplinato dalle leggi vigenti in materia di tutela della privacy.

Discovery basis

Forma di copertura per cui sono in garanzia i sinistri collegati ad eventi scoperti per la prima volta durante il Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Infrastruttura

Qualsiasi apparecchiatura di comunicazione, impianto di aria condizionata, impianto di alimentazione continua, generatori stand-alone, unità di conversione di frequenza, trasformatori, tutte le altre apparecchiature e servizi che servono al funzionamento del Sistema Informatico dell'Assicurato.

Internet Service

Insieme dei Servizi necessari all'uso di internet; a titolo esemplificativo ma non esaustivo sono compresi:

- gli "internet providers", responsabili della fornitura del Servizio e dell'Hardware necessario all'accesso e uso di internet;
- fornitori di Servizi DNS;
- altri fornitori di Servizi, apparecchiature e Infrastrutture (come, ad esempio sistemi di telecomunicazione via cavo, via satellite e via radio), non controllati dall'Assicurato, necessari allo scambio di informazioni e funzionamento di internet.

Intranet

Una Rete di Dati aziendale privata.

Malware

Qualsiasi software o codice dannoso (come virus, spyware, worm, trojan, rootkit, ransomware, keylogger, dialer e rogue security software) progettato per ottenere l'accesso illecito

e/o interrompere il funzionamento del Sistema Informatico dell'Assicurato.

Minaccia di Estorsione Cyber

Qualsiasi richiesta illegale di denaro da parte di un Terzo, accompagnata dalla minaccia di:

1. bloccare il Sistema Informatico dell'Assicurato al fine di interromperne l'attività;
2. corrompere, danneggiare, distruggere, divulgare o appropriarsi dei dati contenuti nel Sistema Informatico dell'Assicurato;
3. compromettere il sito web dell'Assicurato;
4. rifiutare la restituzione dei dati sottratti al Sistema Informatico dell'Assicurato;
5. impedire l'accesso autorizzato al Sistema Informatico dell'Assicurato attraverso l'uso di strumenti elettronici.

Outsourcing Provider

Qualunque Terzo che fornisce Servizi IT e Cloud contrattualmente definiti con l'Assicurato; non sono considerati outsourcing provider i soggetti che forniscono Internet Service, sistemi di comunicazione e fornitura di energia elettrica.

Rete

Un gruppo di Sistemi Informatici collegati tra loro tramite una tecnologia (compreso Internet, Intranet e reti private virtuali) tale da permettere lo scambio di Dati.

Riscatto

Qualunque importo in moneta, bitcoin o altra valuta digitale, richiesto da un Terzo in connessione ad una Minaccia di estorsione Cyber.

Service Provider

Nethive S.p.A., Società che fornisce all'Assicurato, in caso di Sinistro, il servizio di orientamento e consulenza, nonché i servizi di prevenzione e monitoraggio di cui alla Sezione 16 e 17, sita in Via Stefano Breda, 26, 35010 Limena (PD),

Sistema Informatico

L'Hardware, l'Infrastruttura, il software o quant'altro necessario per creare, accedere a, elaborare, proteggere, controllare, conservare, recuperare, visualizzare, trasmettere, i Dati.

Spam reputation

Monitoraggio della reputazione del/i dominio/i di posta aziendali in termini di probabilità di consegna ed attendibilità verso i principali sistemi antispam di mercato.

System Failure

Qualsiasi indisponibilità involontaria e non programmata del sistema informatico dell'Assicurato.

Threat Intelligence

Risk score complessivo relativo alla "cyber reputation" dell'azienda basato sull'analisi di molteplici parametri.



NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.

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, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

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

L'Assicurazione ha durata annuale.

Fermi i termini di Carenza di cui agli Artt. 26, 49, 70 e 82 - "Termini di Carenza", l'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30°, anziché il 15°, giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. **In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto se di durata non inferiore all'anno è prorogato per un anno e così successivamente.**

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 termini di Carenza di cui agli Artt. 26, 49, 70 e 82 - "Termini di Carenza" vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.

Il Premio annuo se è uguale o maggiore ad € 120,00, è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi.

Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

Art. 3 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

Con riferimento alla SEZIONE 1, alla SEZIONE 2, alla SEZIONE 3 - Art. 58 punto D – Diaria da Ricovero, alla SEZIONE 4 ed alla Sezione 5, Art. 79 (Piano Assicurativo B e Piano Assicurativo C), il Premio è soggetto ad adeguamento secondo i criteri indicati rispettivamente negli artt. 29, 39, 56, 71 e 75.

Art. 3.1 – Variazioni del Premio e delle condizioni di assicurazione alla Scadenza dell'Assicurazione

Con riferimento alla SEZIONE 2 ed alla SEZIONE 5, qualora, alla Scadenza dell'Assicurazione, l'Assicuratore intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza della Polizza.

Se il Contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettarle, il contratto si intende risolto alla Scadenza dell'Assicurazione.

In ogni caso il pagamento del nuovo Premio e il ritiro della relativa quietanza devono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Art. 4 – Diritto di revoca e recesso

La Proposta di Assicurazione è revocabile fino alla Data di Decorrenza.

L'Assicurato ha diritto di esercitare Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.

L'Assicurato comunica all'Assicuratore la propria volontà di Revoca o Recesso, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata;
- a mezzo raccomandata a mano consegnata alla filiale del Distributore presso la quale il contratto è stato emesso.

L'esercizio della Revoca o del Recesso libera l'Assicuratore da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato.

L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le garanzie dei



Rami Danni) con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 6 - 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 producono effetti dal momento in cui pervengono all'Assicuratore, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale del Distributore presso la quale è stato emesso il contratto.

Art. 7 - Conclusione del contratto di assicurazione

Il momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente.

Art. 8 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del Rischio.

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 9 - Diminuzione del Rischio

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

Art. 10 - 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 esercitato dall'Assicuratore, quest'ultimo, 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 5 – SALUTE.

Art. 11 - Riduzione dei capitali assicurati

Salvo le disposizioni specifiche delle singole garanzie, in caso di Sinistro, i Capitali / Massimali assicurati ed i relativi limiti di Indennizzo, ad eccezione delle Garanzie **Incendio del Fabbricato** ed **Energie rinnovabili all risk**, si intendono ridotti con effetto immediato e fino al termine del Periodo di Durata dell'Assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile senza corrispondente restituzione del Premio.

Qualora a seguito del Sinistro stesso l'Assicuratore 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. 12 - Cambiamento dell'Abitazione

In caso di cambiamento dell'Abitazione indicata in Polizza, il Contraente deve comunicarlo per iscritto all'Assicuratore, entro le ore 24 del 30° giorno dalla data della variazione; analoga comunicazione è dovuta a seguito di cambiamento di proprietà dell'Abitazione indicata. **Decorso tale termine, in caso di mancata comunicazione, le Garanzie rimangono sospese fino a quando il Contraente ne abbia dato notizia per iscritto all'Assicuratore, fermo il disposto dell'art. 1898 c.c.**

Art. 13 - Validità territoriale

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

Art. 14 - Prova

E' a carico di chi richiede l'Indennizzo, l'Indennità, il Rimborso o la Prestazione, provare che sussistono gli elementi che valgono a costituire il suo diritto.

Art. 15 - 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. 16 - 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.

Allo stato della normativa, il premio della garanzia Vita non è soggetto ad imposta.



Art. 17 - 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. 18 - Limite massimo dell'Indennizzo

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

Art. 19 - 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. 20 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 21 - Termine di Prescrizione

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

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, 2° comma, i diritti derivanti dall'Assicurazione sulla Vita si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Ai sensi della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche/integrazioni, in caso di omessa richiesta della Prestazione Assicurata entro il termine di Prescrizione del relativo diritto, le imprese di assicurazione devono obbligatoriamente versare gli importi non reclamati al "Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie" costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Art. 22 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente regolato, valgono le norme di Legge.

AREA RISCHI PERSONE

A. SETTORE BENESSERE

SEZIONE 1 – TEMPORANEA CASO MORTE

La seguente Garanzia è valida se è stato pagato il relativo Premio e se è richiamata in Polizza la relativa Prestazione Assicurata

A. GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE

Art. 23 - Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 e 70 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 75 anni.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.

Art. 24 - Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione Assicurata

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

L'Assicuratore garantisce in caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, la corresponsione della Prestazione Assicurata in unica soluzione, al Beneficiario designato.

La Prestazione Assicurata, che non può essere superiore ad € 300.000,00, viene indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e si intende costante per tutta la durata dell'Assicurazione. Qualora l'Assicurato, all'ingresso in copertura, abbia un'età superiore a 60 anni, la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di Durata dell'Assicurazione, questa si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dall'Assicuratore, poiché viene utilizzato per far fronte al Rischio demografico della mortalità.

Art. 25 – Esclusioni

Il Rischio morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, salvo quanto di seguito stabilito.

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

1. dolo del Contraente o dei Beneficiari;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
4. eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
5. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
6. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;
7. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione;
8. malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
9. danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
10. 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)
11. esercizio delle seguenti attività lavorative: le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquee, in miniere, cave, pozzi e stive;
12. uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore;
13. infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
14. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

Art. 26 – Termini di Carenza

La garanzia non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i 6 mesi immediatamente successivi alla Conclusione del contratto di Assicurazione.

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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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

Art. 27 - Validità territoriale

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

Art. 28 – Premio

La Prestazione Assicurata viene garantita dietro il pagamento di un Premio annuo ed anticipato, il cui importo, è indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza, lo stesso varia al rinnovo in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato.

L'entità del Premio dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione e dall'età dell'Assicurato.

Il Premio annuo può essere frazionato senza oneri aggiuntivi ed è dovuto per tutta la Durata dell'Assicurazione, ma non oltre la data di decesso dell'Assicurato.

I Premi devono essere pagati alle scadenze pattuite, presso il domicilio dell'Intermediario cui è assegnata la Polizza o dell'Assicuratore.

Il Premio del primo Anno Assicurativo, anche se frazionato, è comunque dovuto per intero.

Art. 29 – Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

Ad ogni rinnovo annuale, si procederà all'adeguamento del Premio applicando per ogni Assicurato il nuovo Premio corrispondente all'età corrente dell'Assicurato, secondo la tabella di tasso, da applicare per ogni € 1.000,00 di somma assicurata

Tabella dei tassi per € 1.000,00					
Età anni	Tasso per 1.000	Età anni	Tasso per 1.000	Età anni	Tasso per 1.000
1	-	26	0,92	51	4,29
2	-	27	0,92	52	4,76
3	-	28	0,92	53	5,43
4	-	29	0,91	54	5,82
5	-	30	0,93	55	6,36
6	-	31	0,94	56	7,03
7	-	32	0,98	57	7,91
8	-	33	1,04	58	8,67
9	-	34	1,11	59	9,80
10	-	35	1,17	60	10,58
11	-	36	1,23	61	11,44
12	-	37	1,28	62	12,47
13	-	38	1,37	63	13,42
14	-	39	1,49	64	14,83
15	-	40	1,60	65	16,58
16	-	41	1,72	66	18,54
17	-	42	1,86	67	20,60
18	0,73	43	2,01	68	22,68
19	0,79	44	2,23	69	25,27
20	0,84	45	2,45	70	28,22
21	0,87	46	2,67	71	31,28
22	0,90	47	2,97	72	34,87
23	0,91	48	3,22	73	38,61
24	0,93	49	3,54	74	43,01
25	0,92	50	3,87	/	/

Art. 30 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione.

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..

Art. 31 – Mancato pagamento del Premio: Risoluzione

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, inoltre, se il Contraente non paga il Premio relativo al primo Anno Assicurativo, l'Assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il Premio è frazionato in più rate; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate.

Il mancato pagamento dei Premi successivi al primo Anno Assicurativo determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione di diritto del contratto e i Premi pagati restano acquisiti all'Assicuratore.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che l'Assicuratore non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 32 – Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione

Entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'Assicurazione pagando le rate di Premio arretrate.

Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la Riattivazione può avere luogo solo dietro espressa domanda del Contraente e previa accettazione scritta, a proprio insindacabile giudizio, dell'Assicuratore, che potrà richiedere accertamenti sanitari. In caso di Riattivazione, l'Assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, l'Assicurazione non può essere riattivata.

Art. 33 - Riscatto e Riduzione.

L'Assicurazione non prevede il Riscatto o la Riduzione delle somme assicurate.

Art. 34 – Prestito

L'Assicurazione non prevede la concessione di Prestiti.

Art. 35 - Risoluzione del contratto di assicurazione

La garanzia cessa:

- in caso di pagamento, a qualsiasi Beneficiario, della Prestazione Assicurata che pertanto può essere corrisposta una sola volta;
- in caso di Recesso;
- in caso di mancato pagamento dei Premi una volta trascorso il periodo utile per la Riattivazione, come indicato all'Art. 32.

Art. 36 - Beneficiario della Prestazione Assicurata

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

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto all'Assicuratore o fatte per testamento.

Ai sensi dell'art. 1921 del Codice Civile, la designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

1. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto all'Assicuratore, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. dopo la morte del Contraente da parte degli eredi;
3. dopo che, verificatosi l'evento che fa sorgere l'obbligo dell'Assicuratore di eseguire la Prestazione Assicurata, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto all'Assicuratore di volersi avvalere del beneficio.

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme corrisposte dall'Assicuratore al Beneficiario godono del principio di Impignorabilità e inalienabilità.

Art. 37 - Cessione dei diritti e vincolo

Il Contraente può cedere o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dall'Assicurazione. Tali atti diventano efficaci solo quando l'Assicuratore, dal momento in cui ne ha avuto conoscenza mediante comunicazione scritta, effettua la relativa annotazione su apposita Appendice di polizza.

Nel caso indicato all'Art. 36, punto 1., le operazioni di cessione e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.

Art. 38 - Obbligazioni in caso di Sinistro – Pagamento della Prestazione Assicurata

In caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore per iscritto.

L'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata deve essere corredata di:

- **originale del certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente;**
- **certificato del medico che ha constatato il decesso;**
- **copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;**
- **verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale.**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Nei casi in cui Beneficiari siano gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, costoro dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore:

- copia autentica del testamento, se esistente, contenente la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi;
- decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di attendere, con esonero per l'Assicuratore da ogni responsabilità;
- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

L'Assicuratore, informato del decesso, potrà inoltre richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.

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

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

SEZIONE 2 – INDENNITARIA GRAVI MALATTIE

La seguente Garanzia è valida se è stato pagato il relativo Premio e se è richiamato in Polizza il relativo capitale assicurato.

A. GARANZIA INDENNITARIA GRAVI MALATTIE

Art. 39 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 e 64 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 65 anni.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.

Ad ogni rinnovo annuale, nel rispetto della Somma assicurata e riportata in polizza, si procederà all'adeguamento del Premio applicando alla nuova età dell'Assicurato il corrispondente Premio secondo i seguenti termini:

SOMMA ASSICURATA € 10.000

Età tra 18 e 29 anni: € 25,00

Età tra 30 e 39 anni: € 50,00

Età tra 40 e 49 anni: € 125,00

Età tra 50 e 59 anni: € 250,00

Età tra 60 e 64 anni: € 355,00

SOMMA ASSICURATA € 20.000

Età tra 18 e 29 anni: € 50,00

Età tra 30 e 39 anni: € 100,00

Età tra 40 e 49 anni: € 250,00

Età tra 50 e 59 anni: € 500,00

Età tra 60 e 64 anni: € 710,00

SOMMA ASSICURATA € 30.000

Età tra 18 e 29 anni: € 75,00

Età tra 30 e 39 anni: € 150,00

Età tra 40 e 49 anni: € 375,00

Età tra 50 e 59 anni: € 750,00

Età tra 60 e 64 anni: € 1.065

Art. 40 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale Indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del contratto di Assicurazione:

- hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99. indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni;
- siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico;
- abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o sono in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi:
 - cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma (ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, l'Assicurato non è tenuto a dichiarare le patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato);
 - malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris;
 - malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria;
 - epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa;
 - nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere, Diabete (tipo 1 e 2);
 - morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite;
- soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci;
- hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla;
- si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti;
- è stata rifiutata oppure accettata a condizioni particolari da qualsiasi altra società di Assicurazione una proposta per un'assicurazione Malattie Gravi (o Dread Disease o Critical Illness), invalidità, spese mediche o sulla vita;
- nella propria parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) hanno avuto casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni prima dell'età di 60 anni.

Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in alcun modo più operante per detto Assicurato.

L'Assicuratore, venuto a conoscenza di quanto sopra, provvederà a rimborsare, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 41 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione.

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..

Art. 42 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Malattie Gravi, sempreché rientranti tra quelle riportate e definite all'Art. 44 "Definizione di Malattie Gravi", che venga diagnosticata all'Assicurato dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fatto salvo quanto espressamente escluso all'Art. 47 "Esclusioni" e fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 49.

Art. 43 - Prestazioni previste in caso di Malattie Gravi

L'Assicuratore corrisponde, per una sola volta nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione un Indennizzo all'Assicurato pari **alla Somma Assicurata indicata in Polizza** in caso di diagnosi opportunamente comprovata da idonea documentazione medica di una delle Malattie Gravi descritte all'Art. 44 e decorso il periodo di sopravvivenza e i Termini di Carenza di cui all'Art. 49.

Art. 44 - Definizione di Malattie Gravi

La presente Assicurazione considera Malattie Gravi: l'infarto del miocardio, l'Ictus e il Cancro, come di seguito definite:

Infarto miocardico

Uno specialista cardiologo deve confermare la diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto. Ci deve essere la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di infarto miocardico acuto:

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto; e
3. tipica elevazione con aumento al di sopra dei valori di normalità dei biomarkers cardiaci specifici.

Sono esclusi:

- **angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;**
- **cardiomiopatia da stress (Takotsubo);**
- **lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.**

Ictus

La diagnosi di un nuovo ictus acuto deve essere fatta da uno specialista neurologo e deve essere confermata da tecniche ad immagini. Ci deve essere morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di mancato apporto sanguigno o emorragia nel tessuto cerebrale o emorragia nello spazio subaracnoideo. L'ictus deve contribuire ad una compromissione permanente delle funzioni neurologiche delle quali si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie all'esame obiettivo che permangono per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus.

Si intendono esclusi:

- . **attacco ischemico transitorio (TIA);**
- . **danni cerebrali dovuti ad infortunio o trauma;**
- . **disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;**
- . **eventi vascolari della colonna vertebrale;**
- . **ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.**

Cancro

Lo specialista oncologo deve confermare la diagnosi definitiva di un tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto. Il termine "cancro" include, tra le altre, leucemia, sarcoma e linfoma. La diagnosi deve essere confermata da referto istopatologico e stadiazione.

Si intendono esclusi:

- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;**
- **qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual;**
- **tutti i tumori della pelle diversi da melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai - linfonodi o a organi/siti distanti;**
- **Tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali, e tumori tiroidei T1N0M0 che misurino**



meno di 2cm;

- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti - dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0;
- tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

Art. 45 - Validità della garanzia Malattie Gravi

L'Indennizzo viene corrisposto all'Assicurato una sola volta nell'arco dell'intera durata dell'Assicurazione e solo se viene diagnosticata per la prima volta una Malattia Grave, indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione e purché l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento. Nel caso in cui all'Assicurato venga riconosciuto l'Indennizzo per una delle Malattie Gravi, descritte nelle definizioni del presente articolo, la garanzia non sarà più operante per tutte le altre Malattie Gravi indennizzabili ai sensi dell'Assicurazione.

Al primo rinnovo utile dell'Assicurazione, la garanzia Malattie Gravi cesserà automaticamente.

Art. 46 - Periodo di sopravvivenza – Malattie Gravi

L'Assicurazione non prevede il pagamento di alcuna prestazione per le Malattie Gravi, come descritte sopra qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza).

Per aver diritto all'Indennizzo, dovranno essere soddisfatti tutti i seguenti requisiti:

- l'Assicurato deve essere in vita al momento della denuncia del Sinistro;
- l'Assicurato deve essere colpito da una delle Malattie Gravi come descritte all'Art. 44 e tutti i criteri specificati nella definizione devono essere soddisfatti;
- deve essere presentata tutta la documentazione necessaria ai fini della valutazione del Sinistro.

Nessuna prestazione verrà corrisposto per le Malattie Gravi diagnosticate successivamente al decesso dell'Assicurato.

Art. 47 - Esclusioni

Ferme restando le esclusioni di cui all'articolo 44 "Definizione di Malattie Gravi", sono sempre esclusi gli eventi derivanti da:

1. qualsiasi delle Malattie Gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante i Termini di Carenza;
2. dolo del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario;
3. guerra e insurrezioni;
4. atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche;
5. ubriachezza, alcolismo o dipendenza da droghe o farmaci non prescritti da medici abilitati alla professione;
6. atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
7. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
8. negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
9. Patologie Preesistenti come normato all'Art. 48;
10. sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
11. contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
12. pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob;
13. atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
14. Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
15. guida di qualsiasi veicolo, o natante, a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
16. esercizio delle seguenti attività lavorative: estrazione petrolio o gas naturali; in miniere o altiforni; a contatto con esplosivi, pesticidi o altri materiali chimici pericolosi tra cui l'amianto; ad altezze superiori a 5 mt dal suolo (impalcature, tetto, ecc); guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari etc.) con uso di armi, vigili del fuoco, attività subacquee;
17. stati depressivi patologie psichiatriche, sindromi psico-organiche.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

In caso di Malattie Gravi dell'Assicurato dovuta ad una di tali cause escluse, l'Indennizzo non è dovuto, l'Assicurazione si risolve e l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine dell'Anno Assicurativo per il quale è stato corrisposto il Premio stesso, ad eccezione del caso di dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario per il quale non è previsto alcun rimborso.

Art. 48 - Patologie Preesistenti

L'Assicurazione non copre i casi di Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza e relative complicanze, dirette o indirette.

Art. 49 - Termini di Carenza

Nessun Indennizzo verrà pagato, come descritto all'Art. 43, se durante i primi 90 (novanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione:

- l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie Gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure
- all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie Gravi coperte ai sensi dell'Assicurazione.

Qualora la diagnosi di una Malattia Grave derivi da accertamenti sanitari eseguiti mentre è operante il periodo di Carenza della relativa copertura, l'Indennizzo previsto non è dovuto, l'Assicurazione si risolve e l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine dell'Anno Assicurativo per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 50 - Cosa fare in caso di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Art. 51 - Denuncia di Sinistro e accertamenti della Malattia Grave

Qualora venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta entro 15 giorni successivi, dalla data di diagnosi della Malattia Grave o dal momento in cui ne abbia avuta la possibilità, corredata della seguente documentazione:

- dichiarazione del medico specialista attestante la patologia grave diagnosticata e lo stato di salute dell'Assicurato;
- copia completa della documentazione sanitaria (Cartella Clinica / accertamenti strumentali / referti istologici, ecc.) a conferma della data di prima diagnosi della patologia sofferta dall'Assicurato che ha causato l'evento.

La documentazione sopra elencata potrà essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c..

Inoltre, su richiesta dell'Assicuratore, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per consentire l'accertamento della Malattia Grave, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia dello stesso Assicuratore.

Art. 52 - Valutazione del Sinistro – Liquidazione dell'Indennizzo

Entro 30 giorni lavorativi dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta per la valutazione del Sinistro, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici effettuati su richiesta dell'Assicuratore, la Centrale Operativa per conto dell'Assicuratore si impegnerà ad accertare la Malattia Grave e darà riscontro all'Assicurato della disposizione del bonifico, per l'intero Indennizzo indicato all'articolo 43, oppure comunicherà in forma scritta le motivazioni di impossibilità a fornire tale servizio.

La garanzia resta in vigore anche durante l'accertamento e fino alla data della comunicazione, inviata



dall'Assicuratore al Contraente, del riconoscimento della Malattia Grave.

Se la Malattia Grave non viene riconosciuta dall'Assicuratore, la garanzia resta in vigore fermo restando che il Contraente è tenuto a riprendere il pagamento dei Premi corrispondendo anche quelli scaduti successivamente alla data della denuncia.

Art. 53 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, 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 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 - INFORTUNI

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

Art. 54 - Limiti di età

Alla Scadenza dell'Assicurazione l'età dell'Assicurato non può risultare:

- per la garanzia Diaria da Ricovero, superiore a 70 anni;
- per le altre garanzie, superiore a 75 anni.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento dei suddetti limiti di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.

Art. 55 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 56 - Modalità assuntive – Adeguamento del Premio per la garanzia Diaria da Ricovero

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

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..

Limitatamente alla garanzia Diaria da Ricovero, la copertura è prestata dietro corresponsione di un Premio che viene aggiornato automaticamente in base al variare dell'età dell'Assicurato per fascia di età, secondo la tabella di cui al seguito.

Diaria da ricovero per Infortunio o Malattia			
Fasce età	Premi lordi per somma assicurata		
	Somma Assicurata	Somma Assicurata	Somma Assicurata

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00
0 – 25	71,75	107,63	143,50
26-35	77,90	116,85	155,80
36-45	101,48	152,21	202,95
46-55	107,63	161,44	215,25
56-65	167,08	250,61	334,15
66-70	191,62	287,42	383,24
Oltre 70	Rischio non assumibile	Rischio non assumibile	Rischio non assumibile

Art. 57 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli Art. 59 - “Esclusioni”, Art. 1 - “Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio” e dell’Art. 7 - “Aggravamento del Rischio”, si stabilisce che qualora l’Infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata:

- l’Indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il Rischio;
- l’Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, in base alle percentuali indicate nella “Tabella delle percentuali di Indennizzo” che segue, se la diversa attività aggrava il Rischio:

Tabella delle percentuali di Indennizzo

Attività svolta al momento del Sinistro	Attività dichiarata		
Classi di Rischio	1	2	3
1	100%	100%	100%
2	70%	100%	100%
3	40%	80%	100%

A tal fine, per determinare il livello di Rischio dell’attività dichiarata in Polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si farà riferimento alla “Tabella delle attività professionali” (Allegato 1.), ove sono indicate le varie attività e le corrispondenti classi di Rischio.

Per la classificazione di eventuali attività non specificate nell’elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un’attività elencata.

Qualora l’attività effettivamente svolta al momento del Sinistro non rientri e non trovi analogia con quelle previste nell’elenco verrà applicato il disposto dell’Art. 8 - “Aggravamento del Rischio”.

Art. 58 - Oggetto dell’Assicurazione

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

- a) dell’attività professionale dichiarata in Polizza;
 - 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 maleore 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**;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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 l'Assicuratore, il limite aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 5.000.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

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

A. GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio occorso in validità di contratto che abbia come conseguenza la morte, se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, l'Assicuratore garantisce l'Indennizzo corrispondente al Capitale assicurato indicato in Polizza, 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.

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, l'Assicuratore 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, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente 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, l'Assicuratore 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.

B. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Invalidità permanente, se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo determinato mediante applicazione, sul Capitale assicurato, della percentuale di Invalidità permanente accertata secondo i criteri stabiliti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000.

Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità permanente, non determinabile sulla base dei valori stabiliti nella citata tabella, verranno applicati i criteri di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni funzionali, che non comportino la perdita di un arto o di un organo, o in caso di minorazioni diverse da quelle di cui alla tabella citata, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo sulla base del grado di Invalidità permanente calcolato in proporzione alla funzionalità perduta con il limite delle percentuali riportate nella tabella stessa;
- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo corrispondente alla somma matematica delle percentuali di Invalidità permanente distintamente valutate, con il limite del valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella citata tabella, il grado di Invalidità permanente viene determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità permanente calcolata sulla base dei valori indicati nella citata tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

In caso di Invalidità permanente accertata superiore al 65%, viene liquidato un Indennizzo pari al 100% del Capitale assicurato per il caso di Invalidità permanente. Tale estensione di Garanzia non è operante per gli Assicurati di età superiore a 75 anni.

FRANCHIGIA

La liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente viene effettuata con le seguenti modalità:

- **sul Capitale assicurato fino ad € 250.000,00 (euroduecentocinquantomila) si applicherà la tabella sotto indicata:**

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
1%	0,2%
2%	0,5%

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



3%	1%
4%	2%
5%	3%
6%	4%
7%	5%
8%	6%
9%	7%
dal 10% al 65%	corrispondente percentuale dal 10% al 65%
dal 66% al 100%	100%

- sulla parte di Capitale assicurato eccedente € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila):
 - non si darà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari od inferiore al 8% della totale;
 - se invece essa risulterà superiore al 8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando una Franchigia fissa dell'8%.

ESTENSIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE O DA SFORZO

Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, tecnicamente non operabili, l'Assicuratore corrisponde un'Indennità pari alla percentuale di Invalidità permanente accertata con il massimo del 10% del Capitale assicurato per il caso di Invalidità permanente, ferma l'applicazione della Franchigia. Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di ernia precedentemente alla stipulazione del contratto. Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diverse da quelle addominali traumatiche o da sforzo.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI SOFFERENZE PSICOFISICHE

Nel caso di Infortunio che causi una Invalidità permanente pari o superiore al 30%, l'Assicuratore corrisponde una somma supplementare pari al 10% di quella spettante per il caso di Invalidità permanente a titolo di Indennizzo per sofferenze psico-fisiche conseguenti all'Infortunio stesso.

PERDITA ANNO SCOLASTICO

Nel caso di Infortunio che causi una Invalidità permanente, indennizzabile a termini di Polizza, che comporti l'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, l'Assicuratore corrisponde una Indennità aggiuntiva pari a € 2.500,00.

La presente Garanzia opera per gli Assicurati che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria, italiane o straniere, situate nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. Il pagamento dell'Indennità viene corrisposto previa certificazione, rilasciata dalla competente autorità amministrativa pubblica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni e previa dimostrazione, mediante certificazione medica, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

C. GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza l'Inabilità temporanea, l'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo giornaliero indicato in Polizza secondo i criteri seguenti:

L'Indennità è dovuta:

- integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in Polizza;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività dichiarate in Polizza.

L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 260 giorni per Sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore.

I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di una Franchigia di 7 giorni.

In caso di ritardo della denuncia di Infortunio rispetto a quanto previsto dall'art. 60, l'Indennità per Inabilità temporanea decorre dal giorno successivo a quello della denuncia, dedotti i giorni di Franchigia sopra indicati.

L'Indennità è tuttavia dovuta anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato Ricovero in Istituto di Cura e limitatamente ai giorni effettivi di Ricovero debitamente documentati, sempre dedotti i giorni di Franchigia sopra indicati.

ESTENSIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE O DA SFORZO

Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, che comportino Ricovero o Intervento chirurgico, l'Assicuratore corrisponde l'Indennità giornaliera indicata in Polizza, per un periodo massimo di 20 giorni per Sinistro.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di ernia precedentemente alla stipulazione della Polizza. Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diverse da quelle addominali traumatiche o da sforzo.

D. GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio l'Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del Capitale assicurato indicato in Polizza, 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 € 50,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio.

ESTENSIONE AI DANNI ESTETICI

L'Assicurazione si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per cure, applicazioni ed Interventi chirurgici effettuati allo scopo di eliminare o ridurre il Danno derivante da Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, per la **Garanzia B. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**, che abbia per conseguenza deturpazioni di carattere estetico.

L'estensione di Garanzia viene prestata con il massimo di € 5.000,00, entro il limite del Capitale assicurato per la Garanzia D. RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO e con l'applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 50,00.

E. GARANZIA DIARIA DA RICOVERO

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico, indennizzabili a termini di Polizza, l'Assicuratore corrisponde la diaria indicata in Polizza per ogni giorno di Ricovero, documentato da cartella clinica, **con il massimo di 365 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:

- a. Ricovero dell'Assicurato per **donazione di organi**;
- b. **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 una stessa Malattia od Infortunio; l'Indennità giornaliera è corrisposta in misura pari al 50%.**

ESTENSIONI DI GARANZIA

- a. **Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile**: l'Assicuratore corrisponde la diaria prevista per il Ricovero fino alla rimozione della gessatura o dell'Apparecchio terapeutico amovibile e comunque per un **massimo di 60 giorni**. In caso di Sinistro che abbia comportato anche il Ricovero l'estensione alla gessatura non è cumulabile con Diaria da ricovero;
- b. **Diaria per Convalescenza post Ricovero**: in caso di Convalescenza domiciliare dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico, donazione di organi, indennizzabili a termini di Polizza, l'Assicuratore corrisponde un'Indennità giornaliera, **pari al 50% della diaria indicata in Polizza**, nei seguenti casi e con i seguenti limiti:
 - **Ricovero per Intervento chirurgico** - una Indennità pari ai giorni di Ricovero con il **minimo di 3 ed il massimo di 30**;
 - **Ricovero senza Intervento chirurgico superiore a 7 giorni** - una Indennità pari ai giorni di Ricovero con il **massimo di 30**;
 - **Day surgery, solo con Intervento chirurgico in anestesia totale od epidurale** - una Indennità pari a **3 giorni**.

Il periodo di Convalescenza decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del Ricovero in Istituto di cura o del Day surgery.

FRANCHIGIA



L'Indennità giornaliera viene corrisposta con l'applicazione di una Franchigia assoluta di 2 giorni. La Franchigia non verrà applicata in caso di Ricovero, conseguente ad Infortunio e/o Intervento Chirurgico, superiore a 7 giorni, o in caso di donazione di organi.

F. GARANZIA SPORT PERICOLOSI

La presente garanzia, se richiamata in polizza, estende, a parziale deroga di quanto previsto al comma f) del successivo art. 59.1, la portata delle garanzie rese operanti in Polizza tra quelle di cui ai punti A-B-C-D-E alla pratica dei seguenti sport pericolosi: equitazione, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, sci alpinismo, immersioni con autorespiratore, hockey.

Restano invariate le altre esclusioni di garanzia previste dall'art. 59.1.

G. GARANZIA CONTO PROTETTO

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza la **morte o una Invalidità permanente superiore al 60%**, se l'evento si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, anche successivamente alla scadenza del contratto, l'Assicuratore garantisce al Contraente il Capitale assicurato determinato come segue:

- a) Saldo contabile di chiusura debitore del conto corrente indicato in Polizza, risultante alle ore 24 del giorno precedente quello in cui si verifica l'infortunio.

La copertura è prestata **fino ad un massimo di Euro 50.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.**

- b) Spese domiciliate movimentate nel conto corrente indicato in Polizza nei 6 mesi precedenti l'Infortunio per:
- utenze;
 - pagamenti effettuati con carte di credito;
 - canoni di locazione finanziaria;
 - stipendi dei dipendenti;
 - rate di finanziamento e/o fido.

La copertura è prestata fino ad un massimo di Euro 20.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

Se al momento del Sinistro il saldo contabile di chiusura del conto corrente indicato in Polizza, alle ore 24 del giorno precedente quello in cui si verifica l'Infortunio, non risulti debitore, l'Assicuratore liquiderà le sole spese domiciliate movimentate nel conto corrente indicato in Polizza nei 6 mesi precedenti l'Infortunio indicate alla lettera b.

Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità permanente, non determinabile sulla base dei valori stabiliti secondo i criteri previsti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000, verranno applicati i criteri di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni funzionali, che non comportino la perdita di un arto o di un organo, o in caso di minorazioni diverse da quelle di cui alla tabella citata, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo sulla base del grado di Invalidità permanente calcolato in proporzione alla funzionalità perduta con il limite delle percentuali riportate nella tabella stessa;
- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo corrispondente alla somma matematica delle percentuali d'Invalidità distintamente valutate, con il limite del valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella citata tabella, il grado di Invalidità permanente viene determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella citata tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

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, l'Assicuratore liquida al Contraente il capitale previsto per la Garanzia Conto protetto. 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, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente e eventualmente subita.

Nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 60%.

Qualora il numero di Assicurati sia superiore ad uno, il Capitale assicurato rimane unico e riferito cumulativamente a tutti gli Assicurati per ciascun anno assicurativo.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

La Garanzia è operante a condizione che al momento dell'Infortunio il conto corrente indicato in Polizza non risulti estinto.

Beneficiario

Il Beneficiario delle prestazioni è il Contraente.

Art. 59 - Esclusioni

Art. 59.1. Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- a) dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto al punto 10) dell'Art. 58 - "Oggetto dell'Assicurazione";
- 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, equitazione, 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 svolte a livello professionistico e/o che siano per l'atleta fonte di introito economico. Resta comunque inclusa in garanzia la partecipazione a gare / competizioni a carattere amatoriale, compresi i relativi allenamenti;
- k) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
- 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, anche contro la sua persona o da lui cosentite (suicidio ed autolesionismo);
- o) da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- p) da stato guerra, internazionale o civile, lotta armata, 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 concretizzino 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, salvo quanto previsto all' "Estensione alle ernie addominali traumatiche o da sforzo" della Garanzia B. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO ed all' "Estensione alle ernie addominali traumatiche o da sforzo" della Garanzia C. INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO.

Art. 59.2. Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero dovuta a Malattia sono altresì esclusi i Ricoveri:

- v) dovuti a Patologie Preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza;
- w) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- x) derivanti da Malattia Mentale e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;



- y) derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate;
- z) derivanti da patologie determinate da influenze elettromagnetiche.

Art. 60 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore 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 all'Assicuratore 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 dall'Assicuratore, 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.

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

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

In caso di morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire all'Assicuratore 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 dall'Assicuratore, qualora richiesta.

Art. 61 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore 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.

In relazione alla Garanzia B. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al citato articolo sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'Art. 64 "Pagamento dell'Indennizzo".

In relazione alla Garanzia D. RIMBORSO SPESE DI CURA 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, l'Assicuratore rimborserà le spese non riconosciute dallo stesso, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

Art. 62 - 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**; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente, 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.

Art. 63 - Anticipo Indennizzi

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

- non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- il grado di Invalidità permanente stimato dall'Assicuratore sia uguale o superiore al 25%

Fermo restando quanto previsto, l'anticipo non deve essere considerato impegno definitivo dell'Assicuratore sul grado percentuale di Invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Assicuratore sorgerà comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio ed entro un limite di € 50.000,00.



Art. 64 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività delle Garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore 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:

1. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire dopo che l'Indennizzo sia già stato liquidato o comunque sia pervenuto al medesimo offerta in misura determinata, l'Assicuratore pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od 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 dell'Assicuratore, 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. 65 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Qualora l'Infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi, l'Assicuratore 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. 66 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalidità permanente da Infortunio, sul grado di Invalidità permanente da Malattia, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla Inabilità temporanea, 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 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 4 – INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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

A. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 67 - Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 e 65 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 70 anni.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.

Art. 68 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore in caso di Invalidità permanente, causata da Malattia, che abbia per conseguenza un'Invalidità riduttiva in modo permanente della capacità dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, e di grado non inferiore al 65% della totale, insorta successivamente alla data di decorrenza della Polizza e, comunque non oltre la scadenza della stessa, fermi i termini di Carenza di cui al successivo Art. 70 "Termini di Carenza", corrisponde all'Assicurato stesso il Capitale indicato in Polizza

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'Art. 74 - "Determinazione dell'Indennizzo".

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

L'Assicurazione relativa alla persona indennizzata cessa con il pagamento dell'Indennizzo, che pertanto può essere corrisposto una sola volta.

Art. 69 - Esclusioni

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità permanenti:

1. preesistenti alla data di effetto della presente Polizza;
2. da Malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza della Polizza e già note in quel momento, in quanto già diagnosticate o curate all'Assicurato;
3. conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
4. derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche;
5. derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione, tumulti popolari e atti di terrorismo, comprese le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
6. conseguenti a movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
7. derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
8. derivanti da Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
9. derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate;
10. conseguenti ad atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
11. derivanti da patologie determinate da influenze elettromagnetiche.

Art. 70 - Termini di Carenza

Fermo quanto previsto all'Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del contratto", la Garanzia decorre dalle ore 24.00:

- del 60° giorno successivo all'effetto dell'Assicurazione per le Malattie insorte successivamente a tale data;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra Polizza dell'Assicuratore, riguardante gli stessi Assicurati, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla Polizza precedente, per la somma da quest'ultima risultante;
- dal giorno di effetto della Garanzia, di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme da quest'ultima previste.

In caso di Polizza emessa in prosecuzione di altra Polizza dell'Assicuratore ed entro i 30 giorni successivi la scadenza della Polizza precedente, si applicano le disposizioni del capoverso precedente.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di Carenza suddetto decorre dalla data della variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 71 – Modalità assuntive ed adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione.

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..

L'Assicurazione è stipulata nella forma "Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato. I Premi della Garanzia **A. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**, sono suddivisi in 5 fasce di età.

Al momento della prima sottoscrizione del contratto, ad ogni Assicurato verrà applicato il Premio, indicato in Polizza, della fascia corrispondente all'età al momento della sottoscrizione.

Al rinnovo annuale, nel caso di variazione della fascia di età in cui ricade l'età compiuta dall'Assicurato alla data di rinnovo, si procederà all'adeguamento del Premio applicando al premio indicato in polizza per ciascun assicurato il coefficiente di aumentopercentuale esposto nella tabella di seguito riportata.

Tabella dei coefficienti (% aumento del Premio fascia su fascia) per l'Invalidità permanente da Malattia.	
Fasce di età	Invalidità permanente da Malattia
Fascia di età 0 - 25	-
Fascia di età 26 - 35	12,50%

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Fascia di età 36 - 45	27,78%
Fascia di età 46 - 55	39,13%
Fascia di età 56 - 70	95,00%

Art. 72 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 3 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la *Malattia* stessa, possa interessare la Garanzia prestata. 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 deve essere corredata da certificazione medica circa la natura dell'invalidità.

L'Assicurato deve:

- inviare all'Assicuratore informazioni relative al decorso della *Malattia*, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali Ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore o suoi incaricati;
- fornire all'Assicuratore il certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della *Malattia*.

Trascorsi 6 mesi dalla data del certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della *Malattia* e comunque non prima che ne siano decorsi 12 dalla denuncia (18 in caso di patologie di natura neoplastica), l'Assicurato deve presentare specifica certificazione medica attestante il grado di Invalidità permanente direttamente ed esclusivamente generato dalla *Malattia* denunciata.

Qualora, trascorso tale periodo, non sia possibile, a giudizio del medico curante, attestare la stabilizzazione degli esiti della *Malattia*, l'Assicurato potrà comunque presentare specifica documentazione medica attestante il grado di Invalidità permanente attestata al momento della richiesta.

In caso di omissione da parte dell'Assicurato l'Assicuratore, entro il termine massimo di 24 mesi dalla denuncia, procederà, comunque, alla definizione del grado di Invalidità permanente, direttamente ed esclusivamente generato dalla *Malattia* denunciata, sulla base degli accertamenti e controlli medici disposti.

In caso di scadenza del contratto prima che la *Malattia* sia stata denunciata, la relativa denuncia può essere presentata non oltre 2 anni dalla cessazione del contratto stesso, sempreché la *Malattia* si sia manifestata entro il periodo di validità della Polizza.

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

Art. 73 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'*Indennizzo* per le conseguenze dirette ed esclusive 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. 69 - "Esclusioni", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti o concorrenti.

Qualora invece, la *Malattia* colpisca un soggetto già menomato da una precedente *Malattia* che ha determinato nel corso dell'Assicurazione, una Invalidità permanente non indennizzata perché è stata ritenuta inferiore alla Franchigia, nel caso gli esiti della nuova *Malattia* concorrano con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 74 - Determinazione dell'*Indennizzo*

Il grado di Invalidità permanente viene accertato e concordato direttamente dall'Assicuratore o da un medico da questi incaricato, con il Contraente o persona da lui designata, in un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della *Malattia*, in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.

Nessun *Indennizzo* spetta all'Assicurato quando l'Invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 65%.

SEZIONE 5 – SALUTE

Le seguenti Garanzie sono valide se è stato pagato il relativo Premio.

Art. 75 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- Età massima all'ingresso: 70 anni compiuti;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- Età massima all'uscita: 75 anni compiuti.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.

Per il Piano Assicurativo B e per il Piano Assicurativo C, in sede di rinnovo annuale dell'Assicurazione, in presenza di nuova età di un Assicurato con età superiore a 64 anni, il Premio della relativa garanzia viene automaticamente adeguato nella seguente misura:

PIANO ASSICURATIVO B

FORMULA INDIVIDUALE → € 2.064

FORMULA GRUPPO FAMILIARE → € 3.948 (adeguamento non operante se nel Gruppo Familiare era già compreso un Assicurato con Età superiore a 64 anni).

PIANO ASSICURATIVO C

FORMULA INDIVIDUALE → € 2.712

FORMULA GRUPPO FAMILIARE → € 5.196 (adeguamento non operante se nel Gruppo Familiare era già compreso un Assicurato con Età superiore a 64 anni).

Art. 76 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del contratto di Assicurazione:

- hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99. indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni;
- siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico;
- abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o sono in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi:
 - cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma (ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, l'Assicurato non è tenuto a dichiarare le patologie oncologiche sofferte il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni ovvero 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti. Si fanno salve le successive modifiche ed integrazioni normative più favorevoli all'Assicurato);
 - malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris;
 - malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale;
 - broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria;
 - epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, ad esempio, il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa;
 - nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere Diabete (tipo 1 e 2);
 - morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



- soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci;
- hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla;
- si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti.

Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in alcun modo più operante per detto Assicurato.

L'Assicuratore, venuto a conoscenza di quanto sopra, provvederà a rimborsare, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Per la garanzia "Dental", di cui all'Art. 79. PIANO ASSICURATIVO D, il presente articolo si intende operante solo per il primo, il secondo ed il terzo capoverso.

Art. 77 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione e quanto normato all'Art. 76 - Persone non assicurabili.

La compilazione del Questionario Sanitario è prevista per Assicurati con età compresa tra 65 – 70 anni compiuti.

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.

Art. 78 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione copre, nei limiti dei Massimali e delle condizioni di Assicurazione, le spese sostenute dall'Assicurato rese necessarie da Malattia o Infortunio che avvengono dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante la validità della stessa, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

Qualora l'Assicurazione viene stipulata dal Contraente con la formula **"Gruppo Familiare"**, i Massimali delle garanzie **Spese Mediche, Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi**, devono intendersi come limite complessivo di esposizione dell'Assicuratore per uno o più Sinistri, avvenuti nell'Anno Assicurativo, riguardanti uno o più componenti del Gruppo Familiare indicati in Polizza.

L'Assicurato può scegliere quale dei seguenti Piani Assicurativi, con garanzie definite, vuole acquistare e tale scelta indicata in Polizza determina le prestazioni assicurate:

PIANO ASSICURATIVO	GARANZIE INCLUSE
A	"Indennità Giornaliera" "Surgical Cash"
B	"Indennità Giornaliera" "Surgical Cash" "Accertamenti Diagnostici" "Visite Specialistiche"
C	"Rimborso Spese Mediche" "Accertamenti Diagnostici" "Visite Specialistiche" "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi" "Prevenzione Check-up"
D	"Dental"

Art. 79 – Cosa prevedono le garanzie

PIANO ASSICURATIVO "A"

Garanzie Ospedaliere

A.1. Indennità Giornaliera

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

Al fine del calcolo dei giorni in caso di Ricovero, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 82.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- Istituto di Cura privato o pubblico;
- Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN.

L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" (A.2.).

Somme assicurate

L'Indennità Giornaliera assicurata è indicata nella tabella sottostante, **le somme si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.**

INDENNITA' GIORNALIERA (PUBBLICO E PRIVATO)	
<i>Ricovero con / senza Intervento Chirurgico</i>	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 200 giorni
<i>Day Hospital / Day Surgery</i>	50% dell'Indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni

A.2.Surgical Cash

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

L'indennizzo viene riconosciuto se l'evento avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo come indicato nella tabella riassuntiva di cui al seguito.

Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'Indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe.

Gli Interventi Chirurgici previsti dall'Assicurazione, sono elencati nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di". In caso di Intervento Chirurgico non specificatamente indicato nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", l'attribuzione dell'Intervento Chirurgico per il quale è richiesto l'Indennizzo sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico dell'Assicuratore, con riferimento al più simile tra gli Interventi Chirurgici elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica. In caso di più Interventi Chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennità prevista viene corrisposta dall'Assicuratore un'unica volta, nell'Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi Chirurgici, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato un'unica Indennità, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Nessuna Indennità è prevista in caso di Intervento Chirurgico non identificabile sulla base delle regole che precedono.

L'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery (A1).

Somme assicurate

Gli indennizzi per intervento chirurgico, indicati nella tabella sottostante si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo.

SURGICAL CASH



Ricovero con intervento Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Indennizzo 7 classi in funzione della complessità dell'intervento			
	Classe intervento	Esempio interventi	Privato (€)	SSN (€)
	I	Asportazione cisti	200	100
	II	Adenoidectomia	400	200
	III	Meniscectomia (inartroscopia) (trattamento completo)	1.500	750
	IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000	1.000
	V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000	2.000
	VI	Artroprotesi anca	8.000	4.000
	VII	Trapianto del polmone	15.000	7.500

PIANO ASSICURATIVO “B”

Garanzie Ospedaliere

B.1. Indennità Giornaliera

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

Al fine del calcolo dei giorni in caso di Ricovero, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 82.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- Istituto di Cura privato o pubblico;
- Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN.

L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla garanzia “Surgical Cash” (B2).

Somme assicurate

L'Indennità Giornaliera assicurata è indicata nella tabella sottostante, **le somme si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.**

INDENNITA' GIORNALIERA (PUBBLICO E PRIVATO)	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 200 giorni
Day Hospital / Day Surgery	50% dell'Indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni

B.2. Surgical Cash

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

L'indennizzo viene riconosciuto se il ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 82.

Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo come indicato nella tabella riassuntiva di cui al seguito.

Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe.

Gli Interventi Chirurgici previsti dall'Assicurazione, sono elencati nell'Allegato 1 “Classificazione degli Interventi chirurgici in classi”. Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi “intervento per” o “asportazione di”. In caso di Intervento Chirurgico non specificatamente indicato nell'Allegato 1 “Classificazione degli Interventi chirurgici in classi”, l'attribuzione dell'Intervento Chirurgico per il quale è richiesto l'Indennizzo sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico dell'Assicuratore, con riferimento al più simile tra gli Interventi Chirurgici elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



In caso di più Interventi Chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennità prevista viene corrisposta dall'Assicuratore un'unica volta, nell'Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi Chirurgici, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato un'unica Indennità, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Nessuna Indennità è prevista in caso di Intervento Chirurgico non identificabile sulla base delle regole che precedono.

L'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery (B1).

Somme assicurate

Gli indennizzi per intervento chirurgico, indicati nella tabella sottostante si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo.

SURGICAL CASH			
Ricovero con intervento Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Indennizzo 7 classi in funzione della complessità dell'intervento		
	Classe intervento	Esempio interventi	Privato (€) SSN (€)
	I	Asportazione cisti	200 100
	II	Adenoidectomia	400 200
	III	Meniscectomia (inartroscopia) (trattamento completo)	1.500 750
	IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000 1.000
	V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000 2.000
	VI	Artroprotesi anca	8.000 4.000
	VII	Trapianto del polmone	15.000 7.500

Garanzie Extraospedaliere

B.3. Accertamenti Diagnostici

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese relative agli Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 82.

Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe)
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Alta Diagnostica, Accertamenti, Analisi di Laboratorio)		
<u>Massimale annuo</u>		€ 5.000
<u>Applicazione Scoperti</u>	In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) In Strutture non Convenzionate (a rimborso) Ticket SSN	con applicazione di uno Scoperto del 15% con applicazione di uno Scoperto del 25% Rimborso al 100%

B.4. Visite specialistiche

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese per:

- onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



▪ Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista);
effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 82.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

VISITE SPECIALISTICHE	
Massimale annuo Visite specialistiche	€ 1.000
Applicazione Scoperti In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) In Strutture non Convenzionate (a rimborso) Ticket SSN	con applicazione di uno Scoperto del 15% con applicazione di uno Scoperto del 25% Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 al giorno (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)

PIANO ASSICURATIVO "C"

Garanzie Ospedaliere

C.1. Rimborso spese mediche

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti previsti nella tabella di cui al seguito, delle spese sanitarie effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

È compreso il parto e l'Aborto Terapeutico.

In caso di Ricovero iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, l'Assicuratore riconosce entro i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, le spese:

- fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura;
- per prestazioni effettuate nel periodo POST Ricovero, purché le stesse siano inerenti il Ricovero stesso.

Salvo quanto normato al paragrafo precedente, le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate o Infortuni accorsi durante la validità dell'Assicurazione non sono riconosciute.

Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia:

1. Spese mediche per Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Vengono rimborsate, entro il limite massimo le:

SPESE PRE

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

SPESE DURANTE

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica ed ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.

SPESE POST

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

2. Spese mediche per Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico



Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte.

Le spese vengono rimborsate entro **il limite del Sub-massimale** indicato nella tabella di cui al seguito e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la Retta di Degenza dalla madre e per il nido.

3. Spese mediche per Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi

In caso di:

- anisometropia superiore a 4 diottrie;
- difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie

vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte.

Le spese vengono rimborsate entro **il limite del Sub-massimale** indicato nella tabella di cui al seguito e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la Retta di Degenza.

4. Spese mediche per Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte. per il neonato, fermo il Sub-massimale indicato nella tabella di cui al seguito.

Per l'operatività della presente garanzia devono essere assicurati entrambi i genitori.

Il neonato verrà incluso nella Polizza del genitore senza pagamento di un Premio aggiuntivo, fino al compimento dell'anno di età:

- per le prestazioni ospedaliere;
- condividendo gli stessi Massimali delle prestazioni ospedaliere in essere per il genitore, fermo il Sub-massimale previsto per il neonato;
- fermi Scoperti, Franchigie e condizioni di Polizza.

Nel Sub-massimale previsti per il neonato, sono ricompresi i soli interventi per l'eliminazione o correzione di Malformazioni Congenite e Difetti Fisici effettuati entro il primo anno di età.

Alla scadenza dell'anno di età per poter beneficiare della copertura assicurativa per il neonato, se assicurabile ai termini di Polizza, dovrà essere corrisposto il relativo Premio.

I Termini di Carenze non verranno ricalcolati.

5. Indennità Sostitutiva

Con riferimento al solo Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, qualora le prestazioni siano a totale carico del SSN, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

L'Indennità Sostitutiva **non è riconosciuta** per:

- Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.
- permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come sopra descritte senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

L'Indennità Sostitutiva viene riconosciuta senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

6. Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nella tabella di cui al seguito.

Tali spese **non sono riconosciute** per:

- Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.

7. Spese per il Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente.

8. Rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



9. Spese mediche per Ticket SSN ospedaliero

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione, fermi i limiti previsti.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza, salvo quanto descritto per “le spese mediche per Neonato” (4).

RICOVERO - Rimborso Spese Mediche	
Massimale annuo	€ 200.000
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico Day Hospital / Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale Applicazione Scoperti / Franchigie: In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) - Ricovero con / senza Intervento Chirurgico - Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale In Strutture non Convenzionate (a rimborso) - Ricovero con / senza Intervento Chirurgico - Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale	rimborso al 100% rimborso al 100% con applicazione di uno Scoperto del 20% con applicazione di una Franchigia di € 200
Spese PRE e POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Submassimali:	
Parto fisiologico (inclusa Retta di Degenza nel submassimale)	€ 2.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa Retta di Degenza nel submassimale)	€ 4.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Chirurgia refrattiva (inclusa Retta di Degenza nel submassimale)	€ 1.000 per occhio (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Neonato (inclusa Retta di Degenza nel submassimale) correzione Malformazioni Conenite e Difetti Fisici entro il primo anno di età	€ 100.000 (con applicazione di Scoperti / Franchigie)
Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non convenzionate)	€ 350 al giorno
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno per un massimo di 100 giorni € 75 al giorno per Day Hospital / Day Surgery
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Vitto e pernottamento dell'Accompagnatore	€ 50 al giorno per un massimo di 50 giorni (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Rimpatrio della salma	€ 3.000 (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)
Ticket SSN	Rimborso al 100%

Garanzie Extraospedaliere

C.2. Accertamenti Diagnostici

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese relative agli Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 82.

Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe)
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Alta Diagnostica, Accertamenti, Analisi di Laboratorio)	
Massimale annuo	€ 5.000
Applicazione Scoperti	
In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	con applicazione di uno Scoperto del 15%
In Strutture non Convenzionate (a rimborso)	con applicazione di uno Scoperto del 25%
Ticket SSN	Rimborso al 100%

C.3. Visite specialistiche

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese per:

- onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio
- Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista)

effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza

VISITE SPECIALISTICHE	
Massimale annuo	€ 1.500
Visite specialistiche	
Applicazione Scoperti	
In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	con applicazione di uno Scoperto del 15%
In Strutture non Convenzionate (a rimborso)	con applicazione di uno Scoperto del 25%
Ticket SSN	Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 al giorno (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)

C.4. Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati presso Istituto di Cura o Centro Medico, da medico

specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito id laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia a seguito di Malattia o Infortunio.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI	
Massimale annuo	€ 1.000
	con applicazione di uno Scoperto del 15%

C.5. Prevenzione - Check Up

Questa garanzia è prevista **solo per Assicurati di età pari o superiore a 30 anni** al fine di monitorare le condizioni di salute.

Il pacchetto Prevenzione – Check Up dovrà essere effettuato:

- in un'unica seduta;
- una volta all'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Pagamento diretto con la Centrale Operativa;

Di seguito si riportano le prestazioni incluse nel pacchetto Prevenzione – Check Up:



Donna	Uomo
Esami di laboratorio - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 - T4 - TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo Pap test Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima > 40 anni) Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore	Esami di laboratorio - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 - T4 - TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo E. C.G. (Elettrocardiogramma) PSA (> 40 anni) Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore

PIANO ASSICURATIVO “D”

Dental

D.1. Dental

Questa garanzia riconosce, entro i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate” di cui al seguito, le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell’Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza di cui all’articolo 82 e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

L’Assicuratore garantisce all’Assicurato le prestazioni di “Emergenza Odontoiatrica” nonché di “Prevenzione Odontoiatrica” sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) attivando preventivamente il Pagamento diretto, sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate, attivando il Pagamento diretto, sono gratuite per l’Assicurato; la spesa rimane a totale carico dell’Assicuratore con massimale illimitato e senza limiti nella frequenza di utilizzo, tranne che per le “Prestazioni odontoiatriche di prevenzione” che possono essere eseguite, per singola tipologia di prestazione, con il massimo di 2 volte per Anno Assicurativo per Assicurato.

Nel caso in cui l’Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso):

- l’importo massimo riconosciuto dall’Assicuratore non potrà essere superiore, per singola tipologia di prestazione, all’importo presente nella tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate nella colonna “Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)”;
- le “Prestazioni odontoiatriche di prevenzione” possono essere eseguite, per singola tipologia di prestazione, **con il massimo di 2 volte per Anno Assicurativo e per Assicurato;**
- **il limite complessivo massimo di esposizione dell’Assicuratore per ogni Assicurato è di € 1.000,00 per Anno Assicurativo.**

Dal momento che le Strutture Convenzionate sono presenti solo nel territorio italiano, in caso di cure dentarie effettuate all’estero, l’Assicuratore rimborserà la spesa sostenuta dall’Assicurato entro i limiti e il massimale previsti dalla garanzia.

Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

I limiti, indicati nelle tabelle sottostanti, si intendono applicati per prestazione.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di carenza
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	€ 16,50	30 giorni
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		€ 16,50	
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12,75	
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		€ 30,00	
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe Black due pareti		€ 52,50	
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71,25	
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente		€ 90,00	
SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22,50	
SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60,00	
SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52,50	
SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82,50	
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120,00	
SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,25	
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30,00	

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di carenza
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	€ 10,00	30 giorni
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,25	
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		€ 15,00	

Art. 80 - Esclusioni

80.1. Esclusioni valide per le garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

L'Assicurazione non è operante per:

- le Patologie preesistenti come normato all'Art. 81;
- le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta e della data d'insorgenza a meno che non rientrino nella garanzia "Prevenzione – Check Up" (Art. 79 - C.5);
- le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età;
- le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa (fermo comunque quanto indicato all'art. 79, C.1, secondo capoverso);



5. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), a meno che non rientrino nella garanzia "Prevenzione – Check-up (Art. 79 – C.5), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
7. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, Trattamenti Fisioterapici (salvo se previste dal Piano Assicurativo prescelto);
8. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
9. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
10. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
11. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale;
12. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
13. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
14. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
15. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
16. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
17. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
18. gli Infortuni accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;
19. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
20. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
21. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
22. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
23. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
24. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
25. l'interruzione volontaria della gravidanza;
26. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
27. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di



età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;

28. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
29. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery;
31. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
32. le lenti ed occhiali;
33. i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
34. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
35. le prestazioni non specificate nelle singole garanzie.

80.2. Esclusioni valide per la garanzia "Dental"

L'Assicurazione non è operante per:

1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
3. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.79 - D.1);
4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
5. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
8. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
9. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
10. le estrazioni di denti decidui (da latte);
11. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile;
12. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
14. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
15. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
17. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
18. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed



allenamenti;

21. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
22. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.

Art. 81 - Patologie preesistenti

L'Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette.

Per la garanzia "Dental" le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione sono escluse solo per le prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica".

Art. 82 - Termini di Carenza

82.1 Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

Le prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni ai precedenti Artt. 80 e 81, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Per il solo neonato che viene incluso in copertura, nella Polizza dei genitori – che devono essere entrambi assicurati – fino all'anno di età, la carenza di 30 giorni di cui sopra decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.

Al compimento dell'anno il bambino, se assicurabile, potrà essere incluso in copertura previo versamento del relativo Premio.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con il presente Assicuratore, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura;
- alle prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura;
- alle nuove persone Assicurate.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

82.2 - Garanzia "Dental"

Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni ai precedenti Artt. 80 e 81, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

Art. 83 - Cosa fare in caso di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa che risponde al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Art. 84 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che l'Assicuratore e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 85 - Denuncia di Sinistro

85.1 Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi" e "Prevenzione – Check-up".

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa non appena ne abbia la possibilità al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

La denuncia può avvenire anche tramite e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it o all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu> oppure tramite l'app dedicata della Centrale Operativa.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile nel sito <https://app.myassistance.eu> o tramite App dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali.

L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito <http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html> o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso avverrà con l'applicazione di eventuali Scoperti e/o Franchigie previsti per le prestazioni effettuate in Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Tedesco, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

85.2 Garanzia Dental

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa non appena ne abbia la possibilità al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

La denuncia può avvenire anche tramite e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it o all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu> oppure tramite l'app dedicata della Centrale Operativa.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito <http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html> o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art. 79 - D.1).

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Tedesco, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 86 - Gestione del Sinistro

86.1 Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

La richiesta di Rimborso viene gestita dalla Centrale Operativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà l'Assicuratore stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto dell'Assicuratore a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da studio medico, da Medico specialista, da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche nonché i Trattamenti fisioterapici e Rieducativi possono essere fatturati rispettivamente da infermiere professionista le prime o da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia le seconde.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Al fine della valutazione del Sinistro, l'Assicuratore, per il tramite della Centrale Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

L'Assicuratore avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

86.2 Garanzia "Dental"

La richiesta di Rimborso viene gestita entro 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà l'Assicuratore stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto dell'Assicuratore a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Al fine della valutazione del Sinistro, l'Assicuratore, per il tramite della Centrale Operativa, si riserva la facoltà di



richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

L'Assicuratore avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

Art. 87 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al pagamento diretto qualora, si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, l'Assicuratore ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire all'Assicuratore stesso tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dall'Assicuratore alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, l'Assicuratore si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 88 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro

Di seguito si descrive il tipo di documentazione da inviare in caso di Sinistro, suddivisa per garanzia, da consultare quella previste dal Piano Assicurativo prescelto, come specificato in Polizza.

Garanzie ospedaliere

1. Indennità giornaliera

Al termine delle cure, l'Assicuratore riconosce all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

- della Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital / Day Surgery;
- del referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite la propria area web riservata, app dedicata della Centrale Operativa, oppure all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle garanzie extraospedaliere, qualora previste dal Piano Assicurativo acquistato.

2. Surgical Cash

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

2.1 Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di Intervento Chirurgico da eseguire;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato l'eventuale importo eccedente l'Indennizzo previsto dalla classe a cui l'Intervento Chirurgico viene attribuito, come riportato nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", nonché le prestazioni non garantite dal Piano Assicurativo e non autorizzate dalla Centrale Operativa.

2.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicuratore imborrsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

- della Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;



- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

3. Rimborso Spese Mediche

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate

3.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di intervento chirurgico da eseguire;
- Ricovero senza intervento o Day Hospital: l'iter diagnostico e terapeutico;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato, gli importo eccedenti i Massimali, le Franchigie/Scoperti eventualmente previste in Polizza nonché le prestazioni non garantite dall'Opzione prescelta.

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle garanzie extraospedaliere.

3.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o note di spesa debitamente quietanzate complete di:

- Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital, Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

Garanzie Extraospedaliere

4. "Accertamenti diagnostici", "Visite Specialistiche" e "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

4.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con la Centrale Operativa e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- tipo di prestazione (es. visita ortopedica, ecografia pelvica etc.);



- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio o la Malattia (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali.

4.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista con tipo di prestazione, patologia accertata o sospetta e indicazione della data d'insorgenza; per le sole visite specialistiche è possibile inoltrare in alternativa alla prescrizione il referto del medico specialista;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

5. Dental

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

5.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato all'art. 75.

La Centrale Operativa prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Convenzionata.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

5.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista;
- copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: sinistri.netinsurance@myassistance.it

Art. 89 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dall'Assicuratore a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

SEZIONE 6 – ASSISTENZA ALLE PERSONE

Le prestazioni di seguito riportate sono valide solo se è richiamata in Polizza la Garanzia A. ASSISTENZA ALLE PERSONE e se è stato pagato il relativo Premio.

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

L'Assicuratore, 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.



A. GARANZIA ASSISTENZA PERSONA

Art. 90 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore 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

Per collegarsi alla piattaforma occorre:

collegarsi al sito <https://netinsurance.myclinic.europassistance.it> ed accedere alla propria area personale mediante le proprie credenziali ricevute via email.

Puoi utilizzare la piattaforma solo se sei maggiorenne e se accetti le condizioni d'uso della stessa.

Prestazioni:

1. VALUTAZIONE DEI SINTOMI TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai in totale autonomia usufruire di un programma di autovalutazione che ti aiuterà a comprendere i tuoi sintomi e ti indicherà probabili cause e i possibili comportamenti da tenere. In seguito all'autovalutazione dei sintomi, l'Assicurato può approfondire il proprio stato di salute attraverso la richiesta di un Consulto Medico.

Il risultato dell'autovalutazione non è una diagnosi, quindi ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

2. CONSULTO MEDICO TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

A seguito all'autovalutazione dei sintomi, per approfondire il tuo stato di salute, potrai accedere alla tua area personale e richiedere un CONSULTO MEDICO GENERICO 24 ore su 24 ai medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

Ricordati che il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi; quindi, ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

3. CARTELLA SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai archiviare tutti i dati sulla tua salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei tuoi parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura) e tenere traccia dello storico, inserire i farmaci assunti.

La cartella salute è disponibile per consultare e/o scaricare i tuoi dati autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

4. PASSAPORTO SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Se a seguito del consulto medico emerge la necessità di condividere i tuoi dati con un medico specialista all'estero potrai creare, dalla tua cartella salute, il tuo passaporto salute traducendo in modo automatico i tuoi dati nelle lingue disponibili.

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:

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- 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 in Italia 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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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.

Art. 91 - 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.**

Art. 92 - Come attivare le prestazioni Assistenza 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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

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.

SEZIONE 7 – ASSISTENZA TRAVEL

Le prestazioni di seguito riportate sono valide solo se è richiamata in Polizza la Garanzia A. ASSISTENZA TRAVEL, se è stato pagato il relativo Premio e solo se l'Assicurato è in Viaggio per lavoro.

La gestione del servizio di Assistenza di cui alle prestazioni sotto indicate è stata affidata dall'Assicuratore a **Europ Assistance Italia S.p.A. (Europ Assistance)**.

L'Assicuratore, 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, elencate al paragrafo Prestazioni, che Europ Assistance si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa qualora l'Assicurato si trovasse in difficoltà a seguito del verificarsi del sinistro occorsogli in Viaggio, sono fornite fino a tre volte per ciascun tipo entro il periodo di durata della Polizza.

Europ Assistance garantisce l'intervento e la conseguente erogazione delle prestazioni in caso di atti di terrorismo che colpiscano direttamente l'Assicurato, purché l'Assicurato non si trovi in un'area in cui eventi politici e militari o l'interferenza da parte delle Autorità, impediscano ad Europ Assistance di fornire pienamente le prestazioni previste.

Nel caso in cui sussista il rischio di esporre i propri operatori a situazioni che possano comportare gravi danni fisici o la violazione di leggi e/o regolamenti, Europ Assistance non potrà essere ritenuta responsabile per qualsiasi inadempimento nell'erogazione delle prestazioni.

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate con la presente polizza o con altre polizze stipulate con l'Assicuratore, l'importo complessivo – limite catastrofale – a carico dell'Assicuratore, congiuntamente per le Garanzie della presente Sezione 6 - Assistenza Travel, e della successiva Sezione 7 - Assistenza Travel Gold, non potrà superare il limite massimo di € 5.000.000,00 per evento.

Nell'eventualità che i costi legati alle Garanzie di cui alle Sezioni 6 e 7 eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti a ciascun Assicurato coinvolto in caso di Sinistro, saranno adeguate con riduzione e imputazione proporzionale ai massimali previsti, in modo che la somma di tutti gli indennizzi/rimborsi/costi di presa a carico, non superino il limite catastrofale indicato.

Glossario

Viaggio: lo spostamento dell'Assicurato per motivi di lavoro. In caso di Viaggio in aereo, treno, pullman o nave, si intende il tragitto dalla stazione di partenza (aeroporto, porto o stazione autoferrotranvia) del Viaggio a quella di arrivo in Italia. In caso di Viaggio

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

in auto o altro mezzo diverso dalla nave, dall'aereo o dal pullman, si intende qualsiasi località ad oltre 50 Km dal luogo di residenza in Italia dell'Assicurato.

Estensione territoriale: l'Assicurazione è valida in tutti i paesi del mondo **ad esclusione delle seguenti aree geografiche:** Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

A. GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO

Art. 93 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore garantisce all'Assicurato, in caso di Infortunio o Malattia, le seguenti Prestazioni di assistenza, purché richiamate in Polizza e sia stato pagato il relativo Premio:

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.

1. SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA ALL'ESTERO

Se, dopo una Consulenza Medica, l'Assicurato avesse bisogno di una visita specialistica, la Struttura Organizzativa gli indicherà il nominativo dello specialista più vicino, compatibilmente con le disponibilità locali.

2. RIENTRO SANITARIO

Se, in seguito ad infortunio o malattia l'Assicurato necessitasse, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa ed in accordo con il medico curante sul posto, del trasporto in un Istituto di Cura attrezzato in Italia o del rientro alla sua residenza, Europ Assistance provvederà, con spese a suo carico, ad organizzarne il rientro con il mezzo e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto.

Tale mezzo potrà essere:

- l'aereo sanitario;
- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il rientro sanitario da paesi extraeuropei, viene effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica.

Per i rientri dai Paesi del Bacino del Mediterraneo potrà essere utilizzato anche l'aereo sanitario in deroga a quanto sopra.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprenderà l'assistenza medica o infermieristica durante il Viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

La Struttura Organizzativa avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dall'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa organizzerà, con spese a carico di Europ Assistance, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Esclusioni

Sono escluse dalla prestazione:

- **le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;**
- **le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- **le spese relative alla cerimonia funebre, quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma e tutte le spese che non attengono al trasporto della stessa;**
- **tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivono volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.**

3. TRASFERIMENTO VERSO CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia affetto da una patologia che venga ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera dove l'Assicurato è ricoverato, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato stesso fino al più vicino Istituto di Cura attrezzato accessibile con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa.

Tali mezzi potranno essere:

- l'aereo sanitario;
- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprenderà l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

Esclusioni

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato fosse ricoverato;
- tutte le spese sostenute dall'Assicurato, nel caso in cui non abbia denunciato ad Europ Assistance, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto ricovero o prestazione di Pronto Soccorso;
- le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio).

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie.

4. RIENTRO CON UN COMPAGNO DI VIAGGIO ASSICURATO

Se, successivamente alla prestazione di Rientro Sanitario (vedi prestazione 2), per i medici della Struttura Organizzativa non fosse necessaria l'assistenza sanitaria all'Assicurato durante il Viaggio di rientro alla sua residenza o al luogo di ricovero in Italia, ed un compagno di Viaggio assicurato desiderasse accompagnarlo, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare anche il compagno di viaggio con lo stesso mezzo utilizzato per l'Assicurato.

La Struttura Organizzativa avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro del compagno di viaggio.

Massimale: L'Assicuratore terrà a proprio carico i costi:

- fino ad un importo massimo di Euro 200,00 per persona assicurata se il viaggio di rientro avverrà dall'Italia;
- fino ad un importo massimo di Euro 400,00 per persona assicurata se il viaggio di rientro avverrà dall'estero.

Esclusioni

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del compagno di viaggio.

5. RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI

Se, successivamente alla prestazione di Rientro Sanitario (vedi prestazione 2), le persone assicurate che viaggiavano con l'Assicurato non fossero obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Struttura Organizzativa fornirà loro un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

Europ Assistance avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Massimale: l'Assicuratore terrà a proprio carico il costo dei biglietti:

- fino ad un importo massimo di Euro 200,00 per persona assicurata se il Viaggio di rientro avverrà dall'Italia;
- fino ad un importo massimo di Euro 400,00 per persona assicurata se il Viaggio di rientro avverrà dall'estero.

6. VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Se l'Assicurato venisse ricoverato in un Istituto di cura per più di 7 giorni, Europ Assistance fornirà, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad una persona da questi designata, residente in Italia, di raggiungerlo.

La Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo in loco per la persona designata dall'Assicurato ricoverato.

Massimale: l'Assicuratore terrà a proprio carico le spese di albergo (camera e prima colazione) fino ad un importo massimo complessivo di Euro 250,00.

Esclusioni

Sono escluse dalla prestazione le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.

7. RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE

Se, per un ricovero in Istituto di Cura, l'Assicurato non potesse rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, Europ Assistance gli fornirà, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

8. INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di Cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto.

Massimale: i costi dell'interprete saranno a carico dell'Assicuratore per un massimo di 8 ore lavorative.

Art. 94 – Esclusioni operanti per tutte le prestazioni

Sono esclusi i sinistri provocati e dipendenti da:

- a. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;**
- b. alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- c. guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di vandalismo;**
- d. dolo dell'Assicurato o colpa grave;**
- e. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;**
- f. malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;**
- g. malattie croniche;**
- h. malattie/infortuni in atto al momento della partenza per il viaggio;**
- i. espianto e/o trapianto di organi, escludendosi in ogni caso qualunque viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a visite e/o trattamenti medico-chirurgici;**
- j. malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
- k. tentato suicidio o suicidio;**
- l. sport professionali, comunque non dilettantistici (comprese gare, prove ed allenamenti);**
- m. guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendii ed assimilabili, sport aerei in genere, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kitesurfing, immersioni con autorespiratore, sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia atti di temerarietà. Per bob, Kitesurfing e immersioni con autorespiratore l'esclusione di cui sopra non sarà operante nel caso in cui detta attività sportiva sia svolta unicamente a carattere ricreativo ed occasionale;**
- n. partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme e atti di temerarietà, comprese le gare podistiche;**
- o. tutte le attività professionali che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;**
- p. tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni;**
- q. epidemie o pandemie in base a quanto dichiarato dall' Organizzazione Mondiale della Sanità. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza>, che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0. Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia. Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di sinistro e/o richiesta di assistenza, tumulti popolari.**

Art. 95 - Come attivare le prestazioni Assistenza Travel

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
6. Numero di Polizza preceduto dalla sigla **NILV**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

3. Indirizzo del luogo in cui si trova
4. 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.

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.

SEZIONE 8 – ASSISTENZA TRAVEL GOLD

Le prestazioni di seguito riportate sono valide solo se è richiamata in Polizza la Garanzia A. ASSISTENZA TRAVEL GOLD se è stato pagato il relativo Premio e solo se l'Assicurato è in Viaggio per lavoro.

La gestione del servizio di Assistenza di cui alle prestazioni sottoindicate è stata affidata dall'Assicuratore a Europ Assistance Italia S.p.A. (Europ Assistance).

L'Assicuratore, 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, elencate al paragrafo Prestazioni, che Europ Assistance si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa qualora l'Assicurato si trovasse in difficoltà a seguito del verificarsi del sinistro occorsogli in Viaggio, sono fornite fino a tre volte per ciascun tipo entro il periodo di durata della Polizza.

Europ Assistance garantisce l'intervento e la conseguente erogazione delle prestazioni in caso di atti di terrorismo che colpiscano direttamente l'Assicurato, purché l'Assicurato non si trovi in un'area in cui eventi politici e militari o l'interferenza da parte delle Autorità, impediscano ad Europ Assistance di fornire pienamente le prestazioni previste.

Nel caso in cui sussista il rischio di esporre i propri operatori a situazioni che possano comportare gravi danni fisici o la violazione di leggi e/o regolamenti, Europ Assistance non potrà essere ritenuta responsabile per qualsiasi inadempimento nell'erogazione delle prestazioni.

Nel caso di un evento che colpisca più persone assicurate con la presente polizza o con altre polizze stipulate con l'Assicuratore, l'importo complessivo – limite catastrofale – a carico dell'Assicuratore, congiuntamente per le Garanzie della presente Sezione 7 - Assistenza Travel Gold, e della precedente Sezione 6 - Assistenza Travel, non potrà superare il limite massimo di € 5.000.000,00 per evento.

Nell'eventualità che i costi legati alle Garanzie di cui alle Sezioni 6 e 7 eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti a ciascun Assicurato coinvolto in caso di Sinistro, saranno adeguate con riduzione e imputazione proporzionale ai massimali previsti, in modo che la somma di tutti gli indennizzi/rimborsi/costi di presa a carico, non superino il limite catastrofale indicato.

Glossario

Veicolo: autoveicolo, motoveicolo, ciclomotore, secondo la definizione del Codice della Strada (esclusi veicoli a motore di diversa classificazione)

Viaggio: lo spostamento dell'Assicurato per motivi di lavoro. In caso di Viaggio in aereo, treno, pullman o nave, si intende il tragitto dalla stazione di partenza (aeroporto, porto o stazione autoferrotranvia) del Viaggio a quella di arrivo in Italia. In caso di Viaggio in auto o altro mezzo diverso dalla nave, dall'aereo o dal pullman, si intende qualsiasi località ad oltre 50 Km dal luogo di residenza in Italia dell'Assicurato.

Estensione territoriale: l'assicurazione è valida in tutti i paesi del mondo ad esclusione delle seguenti aree geografiche: Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

B. GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO GOLD



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.

Art. 96 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore garantisce all'Assicurato, in caso di Sinistro, le seguenti Prestazioni di assistenza, purché richiamate in Polizza e sia stato pagato il relativo Premio:

1. ASSISTENZA VEICOLO PER RAGGIUNGERE IL LUOGO DI PARTENZA IN ITALIA (porto, aeroporto, stazione):

Qualora il Veicolo rimanesse immobilizzato per guasto, incidente, incendio, furto parziale, smarrimento e/o rottura chiavi, foratura pneumatici, esaurimento batteria, mancato avviamento in genere, nel percorso da e per raggiungere il luogo di partenza del Viaggio o del soggiorno, l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa e chiedere l'invio di un mezzo di soccorso stradale che provvederà:

- al traino del Veicolo stesso dal luogo dell'immobilizzo al più vicino punto di assistenza della casa costruttrice o all'officina meccanica più vicina;
- oppure
- alla riparazione sul posto quando ciò sia possibile.

Massimale: Europ Assistance terrà a proprio carico le spese relative al soccorso stradale:

- fino ad un importo massimo di Euro 150,00 per sinistro avvenuto in Italia;

Esclusioni

Sono escluse dalla prestazione:

- le spese per i pezzi di ricambio e ogni altra spesa di riparazione;
- le spese relative all'intervento di mezzi eccezionali, quando questi ultimi siano indispensabili per il recupero del Veicolo;
- le spese per il traino, nel caso in cui il Veicolo abbia subito l'incidente o il guasto durante la circolazione al di fuori della rete stradale pubblica o di aree ad essa equivalenti (quali per esempio: percorsi fuoristrada).

2. ASSISTENZA AI FAMILIARI PER LA DURATA DEL VIAGGIO

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa occorsi ad un familiare rimasto a casa (genitori, figli conviventi, coniuge) dell'Assicurato in Viaggio, la Struttura Organizzativa fornirà al familiare dell'Assicurato le prestazioni che seguono:

- Consulto telefonico con i medici della Struttura Organizzativa per valutare il proprio stato di salute.
- Invio di un medico al domicilio (prestazione fornita dalle ore 20:00 alle ore 8:00 da Lunedì a Venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi). Qualora il familiare, successivamente ad una Consulenza Medica, necessitasse di una visita medica, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico di Europ Assistance, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con Europ Assistance. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento del familiare in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.
- Invio di una autoambulanza al domicilio. Qualora il familiare, successivamente ad una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto nel centro medico idoneo più vicino, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza.

L'Assicuratore terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di Euro 500,00 per il periodo di validità della Polizza con il limite di Euro 250,00 per sinistro.

3. RIENTRO ANTICIPATO

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, dovesse rientrare alla propria residenza, prima della data che aveva programmato, a causa della morte (come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe) o del ricovero ospedaliero, con imminente pericolo di vita, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Struttura Organizzativa provvederà a fornirgli, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

Se l'Assicurato si trovasse nella impossibilità ad utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Esclusioni

Sono esclusi dalla prestazione i casi in cui l'Assicurato non possa fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.



Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà fornire entro 15 giorni dal sinistro il certificato di morte e ogni altra documentazione utile che gli verrà richiesta.

4. ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

Se l'Assicurato dovesse sostenere spese impreviste e si trovasse nell'impossibilità di provvedervi direttamente ed immediatamente a causa di: infortunio, malattia, furto, rapina, scippo o mancata consegna del Bagaglio, la Struttura Organizzativa provvederà a pagare sul posto, a titolo di anticipo per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo complessivo di Euro 250,00.

Per importi superiori la prestazione diventerà operante nel momento in cui, in Italia, Europ Assistance avrà ricevuto adeguate garanzie. L'importo delle fatture pagate da Europ Assistance a titolo di anticipo non potrà mai comunque superare la somma di Euro 5.000,00.

Esclusioni

Sono esclusi dalla prestazione:

- i trasferimenti di valuta all'estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Italia ad Europ Assistance adeguate garanzie di restituzione.

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano ad Europ Assistance di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente.

5. INVIO BAGAGLIO SOSTITUTIVO

Qualora l'Assicurato:

- per mancata consegna, debitamente comprovata dal vettore, in aeroporto all'estero del bagaglio registrato;
 - per furto/furto con scasso, rapina, scippo, perdita, smarrimento, avaria del bagaglio avvenuto all'estero;
- necessitasse di disporre di abiti che gli consentano di continuare in maniera confortevole il viaggio od il soggiorno previsti, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare il bagaglio, predisposto da un familiare dell'Assicurato, con il mezzo più rapido. La consegna verrà effettuata franco dogana all'aeroporto più vicino alla località in cui si trova l'Assicurato, entro 24 h se la spedizione avviene in Italia, entro 3 gg se avviene in Europa e entro 7gg se avviene nel Mondo.

I tempi di consegna si intendono successivi alla consegna del bagaglio presso la Struttura Organizzativa.

Per il caso a) l'Assicuratore terrà a proprio carico i costi del trasporto.

Per il caso b) l'Assicuratore terrà a proprio carico i relativi costi, fino ad un massimo di Euro 776,00 per anno, con un limite di Euro 259,00 per sinistro.

Esclusioni

La prestazione di cui al punto a) non è operante se il rientro dell'Assicurato, quale risulta dal biglietto aereo, è anteriore al numero di giorni necessari alla spedizione come indicato sopra.

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta, l'indirizzo del familiare che provvederà a predisporre il bagaglio, ed il suo recapito telefonico. L'Assicurato deve inoltre inviare via fax alla Struttura Organizzativa, al momento della richiesta: nel caso a): copia del reclamo presentato al vettore; oppure nel caso b): copia autentica della denuncia con il visto dell'Autorità di Polizia del luogo ove si è verificato il fatto, riportante le circostanze del sinistro, l'elenco degli oggetti smarriti o rubati, i nominativi degli assicurati che hanno subito il danno.

Art. 97 – Esclusioni operanti per tutte le prestazioni

Sono esclusi i sinistri provocati e dipendenti da:

- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato o colpa grave;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- f. malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
 - g. malattie croniche;
 - h. malattie/infortuni in atto al momento della partenza per il viaggio;
 - i. espianto e/o trapianto di organi, escludendosi in ogni caso qualunque viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a visite e/o trattamenti medico-chirurgici;
 - j. malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - k. tentato suicidio o suicidio;
 - l. sport professionali, comunque non dilettantistici (comprese gare, prove ed allenamenti);
 - m. guida ed uso di elicotteri ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendio ed assimilabili, sport aerei in genere, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kitesurfing, immersioni con autorespiratore, sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia atti di temerarietà. Per bob, Kitesurfing e immersioni con autorespiratore l'esclusione di cui sopra non sarà operante nel caso in cui detta attività sportiva sia svolta unicamente a carattere ricreativo ed occasionale;
 - n. partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme e atti di temerarietà, comprese le gare podistiche;
 - o. tutte le attività professionali che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
 - p. tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni;
 - q. epidemie o pandemie in base a quanto dichiarato dall' Organizzazione Mondiale della Sanità. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza>, che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0. Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia. Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di sinistro e/o richiesta di assistenza, tumulti popolari.

Art. 98 - Come attivare le prestazioni Assistenza Travel Gold

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 **NILG**
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.

Art. 99 – 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.

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.

AREA RISCHI PATRIMONIO

B. SETTORE PATRIMONIO

SEZIONE 9 – RESPONSABILITA' CIVILE TERZI

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

Art. 100 - Oggetto dell'Assicurazione - Variazioni di rischio - numero di addetti e/o posti letto diverso da quello dichiarato

Il Premio della Garanzia Responsabilità Civile è determinato sulla base del numero degli Addetti e dei posti letto (se si tratta di albergo, pensioni, B&B, agriturismo) dichiarato dal Contraente/Assicurato in Polizza. Qualora all'insorgere di un Sinistro il numero totale degli Addetti e/o dei posti letto dovesse risultare superiore rispetto a quello dichiarato, con la tolleranza di due Addetti e/o di due posti letto, l'Indennizzo dovuto dall'Assicuratore è ridotto in proporzione alla differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle Cose.

Se al momento del Sinistro il numero degli Addetti o dei posti letto risulta essere superiore di più di due unità rispetto a quello dichiarato, si applicherà quanto previsto dagli artt. 1892 o 1893 c.c., fermo restando l'obbligo per il Contraente/Assicurato di dare immediata comunicazione all'Assicuratore ed a pagare il maggior Premio dovuto.

Il numero di Addetti indicato in Polizza dovrà comprendere i prestatori di lavoro subordinato dipendenti dell'Assicurato (compresi i lavoratori intermittenti, ripartiti, i lavoratori part-time, gli apprendisti, i lavoratori occasionali accessori, i lavoratori assunti con contratto di inserimento, di cui al D.Lgs. 10/09/2003 n. 276), i titolari, i soci ed i Familiari coadiuvanti nonché i lavoratori a progetto, somministrati, distaccati da altre aziende di cui al D.Lgs. 10/09/2003 n. 276, di cui l'Assicurato si avvale, nel rispetto delle norme di legge, nell'esercizio dell'Attività descritta in Polizza. Si intendono inclusi i corsisti, i borsisti e gli stagisti.

L'Assicuratore ha diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie, ed in particolare ad esibire i libri paga e matricola.

A. GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE

1. Responsabilità Civile dell'attività

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di Danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte;
- lesioni personali;
- distruzione o deterioramento di Cose;
- in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'Attività indicata in Polizza.

La copertura vale anche per la Responsabilità Civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere (compresi i Familiari coadiuvanti), il cui impiego sia ammesso e disciplinato dalle disposizioni legislative vigenti, purché il fatto sia riconducibile all'ambito delle mansioni affidate loro dall'Assicurato. Qualora la Garanzia venga prestata per una pluralità di Assicurati, il Massimale stabilito in Polizza per il Danno a cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra loro.

La Garanzia opera nel mondo intero esclusi USA e Canada.

La Responsabilità Civile dell'attività è prestata con una Franchigia fissa per Danni a Cose pari ad Euro 250,00 salvo i casi in cui sono previsti Franchigie e Scoperti specifici.

Relativamente alla categoria Edile del settore Industria ed Artigianato le Garanzie sono prestate con l'applicazione di una Franchigia di Euro 1.500,00 per ogni Sinistro con Danni a Cose, salvo i casi in cui sono previsti Franchigie e Scoperti specifici.

A titolo esplicativo e non esaustivo, fermo quanto riportato dall'Art. 102 - "Esclusioni", sono garantiti gli eventi di seguito elencati:

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

a. Responsabilità Civile derivante all'Assicurato da lavoratori non dipendenti

Si intende compresa la Responsabilità Civile che - a qualunque titolo - ricada sull'Assicurato per Danni cagionati a terzi da persone delle quali il medesimo si avvale eccezionalmente, in forma assolutamente episodica, per l'espletamento dell'Attività oggetto dell'assicurazione. **La copertura è prestata a condizione che il rapporto o la prestazione di lavoro avvenga nel rispetto della vigente legislazione in materia.**

b. Responsabilità Civile derivante all'Assicurato da cessione di lavori in subappalto

Si intende compresa la Responsabilità Civile che ricade sull'Assicurato per i Danni cagionati a terzi dalle ditte subappaltatrici (compresi i loro dipendenti), mentre eseguono i lavori per conto dell'Assicurato. **La copertura è prestata a condizione che i lavori ceduti in subappalto siano inerenti all'Attività descritta in Polizza e non superino complessivamente il 20% del Fatturato dell'intera Attività dell'Assicurato e che essi siano confermati da un regolare contratto di subappalto, in linea con il contratto dell'ente appaltante.**

c. Partecipazione a mostre, esposizioni, visite e dimostrazioni, convegni, Attività dopolavoristiche

Si intende compresa la Responsabilità Civile che ricade sull'Assicurato per i Danni derivanti dalla sua partecipazione a mostre, fiere, sfilate di moda, mercati ed esposizioni, Attività dopolavoristiche, nonché l'organizzazione di visite all'impresa e dimostrazione di prodotti, compreso il rischio derivante dalle operazioni di allestimento e rimozione degli stands.

Si intende compresa, altresì, la partecipazione dell'Assicurato a corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi, seminari, gite aziendali, Attività dopolavoristiche e ricreative.

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con uno Scoperto del 20%, un minimo di Euro 1.500,00.

d. Lavori eseguiti presso terzi

Si intende compresa la Responsabilità Civile che ricade sull'Assicurato per i Danni che egli stesso può cagionare alle Cose, che per volume e peso non possono essere rimosse, trovandosi presso i locali di terzi ove esegue lavori di installazione, montaggio, posa in opera o di edilizia in genere, rientranti nell'Attività indicata in Polizza, comprese le operazioni di prelievo, consegna e rifornimento di merce.

Sono esclusi i Danni:

- **alle Cose sulle quali si eseguono i lavori ed alle opere direttamente oggetto di lavori di riparazione o manutenzione;**
- **alle Cose che per peso e per volume possono essere rimosse.**

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con uno Scoperto del 20%, un minimo di Euro 1.500,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 150.000,00 per Sinistro.

e. Danni a Cose di terzi sollevate, caricate, scaricate, movimentate, trasportate o rimorchiate

Si intende compresa la Responsabilità Civile che ricade sull'Assicurato per i Danni:

- alle Cose di terzi sollevate per esigenze di carico e scarico, sempre che i Danni in questione siano conseguenza della caduta delle cose sollevate;
- alle Cose di terzi movimentate nell'ambito delle sedi aziendali dell'Assicurato e/o di terzi;
- alle Cose trasportate o rimorchiate, **con esclusione dei danni causati ai veicoli sui quali o dai quali dette Cose venivano caricate o scaricate.**

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con uno Scoperto del 10%, un minimo di Euro 500,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 10.000,00 per Sinistro.

f. Committenza auto

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 c.c., per Danni involontariamente cagionati a terzi dai suoi dipendenti o commessi - muniti di regolare patente di abilitazione - alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché questi non siano di proprietà dell'Assicurato o a lui intestati al P.R.A., né in usufrutto o in locazione allo stesso. Sono inclusi i Danni cagionati alle persone trasportate.

La Garanzia è operante solo dopo esaurimento di ogni altra copertura o garanzia di cui benefici il proprietario e/o conducente del veicolo che abbia cagionato il danno ed in particolare dopo l'esaurimento del massimale previsto dall'assicurazione della R.C.A. obbligatoria, che opera come assicurazione di primo rischio.

La copertura è operante esclusivamente in Italia.

g. Danni a veicoli nei parcheggi aziendali

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni - **esclusi quelli da Furto e Incendio** arrecati a veicoli di terzi e/o degli Addetti, in sosta in appositi spazi nell'ambito dell'azienda. **Sono esclusi i Danni cagionati alle Cose trovandosi nei o sui veicoli stessi e provocati da veicoli soggetti all'assicurazione obbligatoria.**

h. Danni da interruzione di esercizio

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- di Attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, **purché conseguenti a Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza.**

Per ogni Sinistro detta copertura è prestata con uno Scoperto del 10%, un minimo di Euro 250,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 50.000,00 per Sinistro.

i. Errato trattamento dei dati personali

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi delle Norme previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali come adeguato dal D. lgs. 101/2018 alla luce del Regolamento Europeo 679/2016 (c.d. GDPR) per Perdite patrimoniali cagionate a terzi, compresi i clienti e/o dipendenti, in conseguenza dell'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei relativi dati personali, purché conseguenti ad Attacco Informatico, fatti involontari e non derivanti da comportamento illecito continuativo e voluto dell'Assicurato.

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con l'applicazione di una Franchigia di € 1.000,00 per Sinistro e con un limite di Indennizzo di Euro 50.000,00 per Sinistro e di Euro 150.000,00 per anno assicurativo.

j. Inquinamento accidentale

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, dell'acqua e del suolo causati da rotture accidentali degli impianti termici e tecnici dei Fabbricati nei quali viene svolta l'Attività assicurata, **fatta esclusione per quelle dovute a vetustà e mancata manutenzione. Vanno considerati esclusi i Danni, dovuti a qualsiasi altra causa, che generino:**

- **inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo;**
- **interruzione, impoverimento e deviazione di sorgenti e corsi d'acqua;**
- **alterazione o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento.**

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con uno Scoperto del 10%, un minimo di Euro 2.500,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 25.000,00 per Sinistro e di Euro 250.000,00 per anno assicurativo.

k. Proprietà ed uso di insegne, cartelli pubblicitari e striscioni

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante dalla proprietà, dall'uso e dalla manutenzione di insegne, luminose e non, attrezzature, cartelli pubblicitari e striscioni regolarmente installati sul territorio italiano e destinati ad individuare o pubblicizzare l'azienda assicurata.

Sono esclusi i Danni alle opere ed alle Cose sulle quali sono applicate le insegne, i cartelli, gli striscioni, nonché i Danni dovuti all'installazione degli stessi.

l. Possesso ed uso di armi da parte del titolare dell'azienda

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni involontariamente e accidentalmente arrecati a terzi conseguenti all'utilizzo di armi legittimamente detenute secondo le disposizioni legislative vigenti, **esclusivamente per la difesa personale. L'Attività venatoria si intende esclusa.**

La copertura è prestata con un limite di Indennizzo pari ad Euro 100.000,00 per Sinistro.

m. Detenzione di cani da guardia

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato dalla detenzione, a norma di legge, di cani da guardia nell'ambito dei Fabbricati e delle aree in uso all'azienda assicurata.

n. Estensione della qualifica di terzi anche a titolari e dipendenti di altre ditte, Consulenti e professionisti

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni, dai quali siano derivate la morte o lesioni gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 c.p., subiti da:

- i titolari ed i dipendenti di altre ditte che svolgono lavori di pulizia o manutenzione dei locali dell'Assicurato o che in via occasionale possono partecipare a lavori complementari all'attività oggetto dell'assicurazione, nonché i clienti che occasionalmente partecipano alle operazioni di carico e scarico;
- gli ingegneri, i progettisti, i direttori dei lavori, gli assistenti, i Consulenti amministrativi tecnici, Legali ed altri liberi professionisti in genere;
- i titolari e dipendenti delle ditte alle quali l'Assicurato abbia affidato lavori in subappalto, mentre eseguono i lavori stessi. La presente estensione di garanzia è prestata alla condizione che i lavori ceduti in subappalto non superino complessivamente il 20% del fatturato dell'intera attività dell'Assicurato. In caso di superamento di questa percentuale, l'Assicuratore risponderà del danno in proporzione al minor premio percepito.

o. Responsabilità Civile per Danni da Incendio

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni materiali e diretti causati alle Cose di terzi, da Incendio, Esplosione, Implosione e Scoppio non causato da ordigni esplosivi, del fabbricato ove si svolge l'Attività descritta in Polizza

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

e del relativo Contenuto di proprietà dell'Assicurato.

La copertura è prestata fino a concorrenza dell'importo di Euro 300.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, con una Franchigia pari ad Euro 1.000,00.

Sono compresi i Danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali dell'utilizzo di beni, nonché di Attività industriali, artigianali, professionali, commerciali, agricole o di servizi, conseguenti a Sinistri indennizzabili a termini di Polizza. Relativamente ai Danni derivanti da interruzioni o sospensioni **il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia di Euro 1.000,00 ed in nessun caso l'Assicuratore pagherà, per singolo Sinistro, somma superiore a Euro 50.000,00.**

p. Servizio di sorveglianza armata effettuato in proprio anche con guardiani

q. Responsabilità civile per i Danni da conduzione e uso del Fabbricato destinato allo svolgimento dell'Attività indicata in Polizza.

2. Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro

a. Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro soggetti all'obbligo di Assicurazione INAIL

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, sino a concorrenza del Massimale indicato in Polizza, **purché in regola, al momento del Sinistro**, con gli obblighi dell'Assicurazione di legge, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modificazioni e dell'art. 13 del D.Lgs. 23/02/2000 n.38 e successive modificazioni (azioni di regresso INAIL), per gli Infortuni sofferti da prestatori di lavoro subordinato da lui dipendenti nonché da lavoratori a progetto - conformemente al D.Lgs. 10/09/2003 n. 276 - addetti alle Attività dichiarate in Polizza;
- 2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di Danni non rientranti nella disciplina dei citati D.P.R. 1124/1965 e D.Lgs. 38/2000, cagionati ai lavoratori di cui al precedente punto a) per morte e per lesioni personali da Infortunio dalle quali sia derivata un'**Invaldità permanente non inferiore al 6% calcolata sulla base della "Tabella delle menomazioni"** ai sensi del D.Lgs. 23/02/2000 n.38.

Qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, non risultasse in regola ai fini dell'assicurazione obbligatoria INAIL in relazione ai lavoratori identificati al punto 1) che abbiano subito un Infortunio sul lavoro, la copertura si considera comunque **operante a condizione che l'irregolarità derivi da comprovata ed involontaria erronea o inesatta interpretazione delle norme di legge vigenti in materia.**

b. Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro non soggetti all'obbligo di Assicurazione INAIL

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, nei limiti del Massimale previsto in Polizza, di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di Danni cagionati ai lavoratori subordinati da lui dipendenti e da lavoratori a progetto, non soggetti all'obbligo di assicurazione INAIL addetti alle Attività per le quali è prestata l'assicurazione, per morte o per lesioni personali da Infortunio dalle quali sia derivata un'**Invaldità permanente non inferiore al 6% calcolata sulla base della "Tabella delle menomazioni"** ai sensi del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n.38.

c. Lavoratori distaccati da altre aziende o con contratto di somministrazione ai sensi del D.Lgs. 10/09/2003 n° 276

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, nei limiti del Massimale previsto in Polizza, di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di Danni cagionati ai lavoratori distaccati da altre aziende o somministrati, per morte o per lesioni personali da Infortunio dalle quali sia derivata un'**Invaldità permanente non inferiore al 6% calcolata sulla base della "Tabella delle menomazioni"** ai sensi D.Lgs. 23/02/2000 n.38. **La Garanzia opera a condizione che i prestatori di lavoro per i quali vale la presente siano forniti ed utilizzati nel rispetto delle norme del D.Lgs. 10 settembre 2003 n. 276.** La Garanzia vale anche per le eventuali azioni di rivalsa esperite dall'impresa fornitrice o distaccante o dall'INAIL ai sensi del Codice Civile.

La Garanzia **Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro** vale anche per azioni di regresso esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984 n. 222.

Estensione alle Malattie professionali

La Garanzia **Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro** di cui al presente articolo è estesa al rischio delle Malattie professionali tabellate indennizzate dall'INAIL e delle quali sia comunque provata la causa di lavoro. L'estensione spiega i suoi effetti **a condizione che le Malattie siano insorte durante il periodo dell'assicurazione e siano conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta durante il periodo dell'assicurazione. L'estensione non vale:**

- 1) **per quei prestatori di lavoro dipendenti per i quali si sia manifestata ricaduta di Malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;**
- 2) **per le Malattie professionali conseguenti:**
 - **alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge da parte dei rappresentanti Legali dell'azienda;**
 - **alla intenzionale mancata prevenzione del Danno, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi**



predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni da parte dei rappresentanti Legali dell'impresa;

La presente esclusione, riportata al punto 2) della presente clausola, cessa di avere effetto per i Danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla situazione, vengono intrapresi accorgimenti che possono essere ragionevolmente ritenuti idonei in rapporto alle circostanze.

- 3) per le Malattie professionali che si manifestino dopo sei mesi dalla data di cessazione dell'assicurazione, o dalla data di cessazione del rapporto di lavoro;
- 4) per l'asbestosi, la silicosi e l'AIDS.

L'Assicuratore ha diritto di effettuare in qualsiasi momento ispezioni per verifiche e/o controlli sullo stato degli stabilimenti dell'Assicurato, ispezioni per le quali l'Assicurato stesso è tenuto a consentire il libero accesso ed a fornire le notizie e la documentazione necessaria.

Ferme, in quanto compatibili, le Norme relative alla denuncia dei Sinistri, l'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo all'Assicuratore l'insorgenza di una Malattia professionale rientrante nella Garanzia e di far seguito, con la massima tempestività, con l'invio di notizie, i documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

La copertura si intende prestata fino a concorrenza del 50% del Massimale assicurato per la Garanzia Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro. Tale Massimale rappresenta la massima esposizione dell'Assicuratore per uno o più Sinistri anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità della Polizza, anche se originati dal medesimo tipo di Malattia professionale manifestatasi.

B. GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA'

L'Assicuratore garantisce l'Assicurato, per i Danni a terzi derivanti dalla proprietà dei Fabbricati indicati in Polizza. A titolo esplicativo e non esaustivo, fermo quanto riportato dall'Art. 102 - "Esclusioni", sono garantiti gli eventi di seguito elencati:

1. danni derivanti dallo spargimento d'acqua, solo se conseguenti a rottura accidentale, anche se dovuta a gelo, di pluviali, grondaie, impianti idrici, igienici o di riscaldamento **sono esclusi i Danni conseguenti ad usura o ad anormale o mancata manutenzione o pulizia;**
2. committenza di lavori di Manutenzione ordinaria o straordinaria (con esclusione di quelli rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs. n. 81/08 e successive modificazioni, già D.Lgs. n. 494/96) e per l'esecuzione in proprio di lavori di Manutenzione ordinaria, purché relativi a Fabbricati pertinenti l'Attività dichiarata in Polizza.
3. danni derivanti dalla proprietà dell'Impianto fotovoltaico e solare termico;
4. danni causati alle Cose di terzi da Incendio come disciplinato al punto o. "Responsabilità Civile per Danni da Incendio" della Responsabilità Civile dell'attività di cui all'Art. 100 - "Oggetto dell'assicurazione".

Laddove non diversamente specificato, la Garanzia è prestata con una Franchigia per Danni a Cose pari ad Euro 250,00.

Art. 101 - Estensioni di garanzia per specifici settori

Relativamente alla Responsabilità Civile dell'attività di cui all'Art. 100 - "Oggetto dell'assicurazione", le presenti estensioni sono sempre valide ed operanti per ciascun Settore di appartenenza, riportato in Polizza:

A. SETTORE AGRICOLTURA

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad un'Attività appartenente al Settore agricoltura (compresa Attività di agriturismo), la Responsabilità Civile comprende:

1. Smercio e/o somministrazione di prodotti alimentari

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni a terzi derivanti da smercio al dettaglio e somministrazione di generi alimentari (anche di produzione propria dell'Assicurato e anche se dallo stesso trasformati) nell'ambito dell'azienda agricola o dell'agriturismo ed in occasione di partecipazione a fiere, mostre e mercati, **sempre che i Danni si verifichino entro un anno dalla vendita o somministrazione e comunque durante il periodo di validità del presente contratto. Sono esclusi i Danni derivanti da vizio originario del prodotto, fatta eccezione per i generi alimentari di produzione propria.**

2. Cose portate e/o consegnate dai clienti dell'agriturismo

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni dei quali egli stesso sia tenuto a rispondere verso i clienti dell'agriturismo ai sensi degli artt. 1783, 1784 e 1785 bis c.c., per sottrazione, distruzione o deterioramento delle Cose portate, consegnate o non consegnate.

Sono esclusi i Danni:

- cagionati da bruciature per contatto con apparecchi di riscaldamento o di stiratura, nonché quelli causati da lavatura, smacchiatura e simili operazioni;
- a Cose contenute in veicoli e natanti;
- ai Valori, Gioielli e Preziosi non consegnati all'albergatore, salvo che gli stessi non siano custoditi in casseforti a

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

muro messe a disposizione dei clienti nelle camere e purché la sottrazione sia avvenuta con comprovata effrazione del mezzo di custodia.

La copertura è prestata con una Franchigia di Euro 250,00 ed un limite di Indennizzo pari ad Euro 50.000,00 per anno, con il massimo, per singolo cliente danneggiato, di Euro 5.000,00 in relazione alle Cose consegnate e di Euro 1.500,00 per quelle non consegnate.

3. Proprietà ed esercizio di impianti ed attrezzature sportive, piscine e servizi accessori dell'agriturismo

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato dalla proprietà e/o conduzione delle piscine e degli impianti sportivi e dall'esercizio di servizi accessori dell'agriturismo quali: ristorante, bar, lavanderia, salone di parrucchiere, centro benessere, negozi, locali per convegni e quant'altro relativo ad Attività ricreative e culturali. È inoltre compresa la Responsabilità Civile derivante dall'organizzazione di Attività sportive a carattere non professionale, dalla messa a disposizione di materiale ed attrezzatura sportiva e di gioco, dalla didattica finalizzata all'apprendimento delle Attività dell'agricoltore. È compresa l'Attività di equitazione **ad esclusione dei Danni subiti dai clienti che cavalcano gli animali o li conducono.**

Si intendono esclusi i Danni cagionati da Incendio e da bruciature per contatto con apparecchi di stiratura e di riscaldamento, nonché quelli causati da lavatura, smacchiatura e simili.

4. Responsabilità Civile del capofamiglia

Nel caso in cui il titolare dell'azienda abbia stabilito la propria dimora abituale all'interno dell'azienda agricola o agrituristica, l'Assicuratore si obbliga a tenere indenne il titolare e gli appartenenti al suo Nucleo Familiare di quanto siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, per un fatto accidentale verificatosi in relazione alla vita privata.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si evidenziano i seguenti rischi tipici:

- la conduzione dell'immobile abitato;
- la pratica di sport a livello amatoriale;
- la proprietà di animali domestici e l'uso di animali da sella non di proprietà degli Assicurati;
- la proprietà e l'uso di biciclette o velocipedi in genere, compreso l'uso di carrozzine, passeggini, carrelli di supermercati;
- la proprietà e l'uso di windsurf, imbarcazioni a remi, a vela fino a 6 metri, a motore **purché inferiore a 3 CV escluse dagli obblighi di cui alla legge 990 del 24/12/1969 e successive modifiche ed integrazioni;**
- la messa in moto e guida di veicoli da parte dei figli minori senza patente, all'insaputa dei genitori, a condizione che i veicoli siano assicurati con una specifica Polizza di Responsabilità Civile per la circolazione.

Non sono considerati terzi:

- **il coniuge, i genitori dell'Assicurato, i genitori del coniuge, i figli dell'Assicurato, il convivente di fatto, l'unito civilmente, le persone iscritte nello stato di famiglia dell'Assicurato e qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;**

A deroga di quanto sopra riportato, i figli minori dell'Assicurato sono considerati terzi fra di loro quando accidentalmente fratello o sorella si causino una lesione corporale da cui derivi un'Invalidità permanente; **l'Indennizzo è prestato fino a Euro 50.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, e con l'applicazione di una Franchigia di Euro 1.500,00 per Sinistro.** Non rientrano nella copertura le spese sanitarie sostenute a seguito delle lesioni subite.

Nel caso in cui risulti operante altra assicurazione (ad esempio Polizza Responsabilità Civile del capofamiglia), la presente copertura è prestata a secondo rischio per l'eccedenza rispetto ai Massimali dell'altra assicurazione.

Sono esclusi i Danni:

- derivanti dalla proprietà di animali da sella;
- verificatisi nello svolgimento di gare sportive e relativi allenamenti se effettuati a carattere non amatoriale o che prevedono l'impiego di veicoli a motore; verificatisi nella pratica di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- conseguenti ad inadempimenti di natura contrattuale o tributaria;
- verso i Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby-sitter) non in regola con le normative di legge;
- causati dai Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby-sitter) non in regola con le normative di legge;
- derivanti dall'esecuzione in proprio di lavori di straordinaria manutenzione.

La copertura è prestata con un limite di Indennizzo di Euro 300.000,00 per Sinistro e per anno.

5. Impiego di Macchine agricole

- Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato dal funzionamento di Macchine agricole e relativi motori, purché usati per lavori agricoli per conto proprio o di terzi, esclusi comunque i casi di cui alla legge 990 del 24/12/1969 e



successive modifiche ed integrazioni;

6. Allevamento di Bestiame

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato dall'allevamento del Bestiame (**non a carattere industriale**) nell'ambito dell'azienda, compresa la monta esercitata per conto dell'azienda stessa o di terzi (compresi in questo caso i Danni subiti dagli animali di proprietà di terzi), nonché il trasferimento e la permanenza del Bestiame nei pascoli e nei mercati, **esclusi i rischi della circolazione dei veicoli a motore, connessa all'attività di allevamento del bestiame.**

La copertura è prestata fino a concorrenza dell'importo di Euro 100.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, con una Franchigia pari ad Euro 1.500,00.

B. SETTORE INDUSTRIA E ARTIGIANATO

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad un'Attività appartenente al Settore Industria e artigianato, la **Responsabilità Civile** comprende:

1. Postuma per lavori di posa in opera, installazione, manutenzione, riparazione di impianti

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di installatore, manutentore o riparatore di impianti, attrezzature e Cose in genere per Danni cagionati a terzi, compresi i committenti, dagli impianti, attrezzature e Cose in genere dopo l'ultimazione dei lavori. La Garanzia vale per i Danni verificatisi durante il periodo di validità dell'assicurazione, **purché entro 1 anno dall'ultimazione dei lavori e comunque denunciati all'Assicuratore non oltre 6 mesi dalla cessazione del contratto.**

La copertura è prestata anche per le Attività di cui all'art. 1 del Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 37 del 22/01/2008 (installazione di impianti all'interno di edifici indipendentemente dalla destinazione d'uso), **purché l'Assicurato sia in possesso dell'abilitazione prevista dall'art. 3 del D.M. stesso, con esclusione dell'Attività di installazione, manutenzione e riparazione di ascensori, montacarichi, scale mobili ed assimilabili.**

Sono esclusi i Danni:

- **agli impianti, attrezzature o Cose installate, riparate o mantenute, nonché qualsiasi spesa inerente alla sostituzione o riparazione degli stessi;**
- **da inidoneità o mancata rispondenza all'uso per il quale gli impianti sono destinati o da vizio o difetto originario dei prodotti da chiunque Fabbricati;**
- **da mancato o intempestivo intervento manutentivo;**
- **da interruzione o sospensione di Attività;**
- **da lavori stradali;**
- **subiti da merci in refrigerazione a causa di mancata o difettosa manutenzione e conseguenti a mancato uso o sospensione di servizio.**

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con uno Scoperto del 10%, il minimo di Euro 1.500,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 50.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

2. Danni da Furto agevolati da impalcature di imprese edili

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per Danni da Furto cagionati a terzi da persone che si siano avvalse - per compiere l'azione delittuosa - di impalcature e ponteggi eretti o fatti erigere dall'Assicurato e dallo stesso utilizzati.

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con uno Scoperto del 10% il minimo di Euro 250,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 50.000,00 per Sinistro e anno assicurativo.

3. Danni ai capi di vestiario dei clienti (parrucchieri)

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per Danni ai capi di vestiario indossati dai clienti, derivanti dall'applicazione di tinture, decoloranti, lacche e prodotti per permanenti.

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con una Franchigia di Euro 250,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 1.500,00 per Sinistro e anno assicurativo.

4. Danni alle Cose in lavorazione (tintorie e lavanderie)

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per Danni alle Cose in lavorazione.

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con una Franchigia di Euro 250,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 1.500,00 per Sinistro e anno assicurativo.

C. SETTORE COMMERCIO

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad un'Attività appartenente al Settore Commercio, la **Responsabilità Civile** comprende:

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



1. Danni da vendita di prodotti

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni a terzi cagionati dai prodotti - previsti dalla licenza di esercizio - venduti, consegnati o somministrati nell'esercizio stesso, **purché tali Danni si verifichino entro 1 anno dalla vendita, consegna o somministrazione e comunque durante il periodo di validità del contratto.**

Restano esclusi:

- i Danni a terzi da difetto originario del prodotto, fatta eccezione per i generi alimentari di produzione propria e per i generi di produzione propria somministrati o venduti nelle farmacie e parafarmacie (a titolo esemplificativo e non esaustivo sono compresi i prodotti galenici, omeopatici, cosmetici, erboristici e fitoterapici).
- i Danni ai prodotti stessi, le spese per le relative riparazioni o sostituzioni ed i Danni conseguenti a mancato uso o mancata disponibilità.

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con una Franchigia di Euro 500,00 ed un limite di Indennizzo di Euro 100.000,00 per Sinistro.

2. Danni a terzi derivanti dall'esercizio del commercio ambulante

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge, nella sua qualità di venditore ambulante in possesso di regolare autorizzazione in base alla normativa vigente.

Sono compresi i Danni che si verifichino in occasione di operazioni di allestimento, conduzione e smontaggio degli stands nell'area assegnata all'Assicurato e **limitatamente all'Attività dichiarata in Polizza.**

La copertura è estesa all'esercizio dell'Attività a bordo di veicoli, **purché nelle aree espressamente destinate, fatta eccezione per i rischi inerenti la circolazione.**

D. SETTORE TURISMO E RISTORAZIONE

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad un'Attività appartenente al Settore Turismo e ristorazione, la **Responsabilità Civile** comprende:

1. Smercio e/o somministrazione di prodotti alimentari

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni a terzi derivanti da smercio al dettaglio e somministrazione di generi alimentari (anche di produzione propria dell'Assicurato e anche se dallo stesso trasformati) nell'ambito dell'albergo, pensione, B&B o ristorante, **sempre che i Danni si verifichino entro un anno dalla vendita o somministrazione e comunque durante il periodo di validità del presente contratto. Sono esclusi i Danni derivanti da vizio originario del prodotto, fatta eccezione per i generi alimentari di produzione propria.**

2. Cose portate e/o consegnate dai clienti dell'albergo, pensione, B&B

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i Danni dei quali egli stesso sia tenuto a rispondere verso i clienti dell'albergo, pensione o B&B, ai sensi degli artt. 1783, 1784 e 1785 bis c.c., per sottrazione, distruzione o deterioramento delle Cose portate, consegnate o non consegnate.

Sono esclusi i Danni:

- cagionati da bruciature per contatto con apparecchi di riscaldamento o di stiratura, nonché quelli causati da lavatura, smacchiatura e simili operazioni;
- a Cose contenute in veicoli e natanti;
- ai Valori, Gioielli e Preziosi non consegnati all'albergatore, salvo che gli stessi non siano custoditi in casseforti a muro messe a disposizione dei clienti nelle camere e purché la sottrazione sia avvenuta con comprovata effrazione del mezzo di custodia.

La copertura è prestata con una Franchigia di Euro 250,00 ed un limite di Indennizzo pari ad Euro 50.000,00 per anno, con il massimo, per singolo cliente danneggiato, di Euro 5.000,00 in relazione alle Cose consegnate e di Euro 1.500,00 per quelle non consegnate.

3. Proprietà ed esercizio di impianti ed attrezzature sportive, piscine e servizi accessori dell'albergo, pensione, B&B

Si intende compresa la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato dalla proprietà e/o conduzione delle piscine e degli impianti sportivi e dall'esercizio di servizi accessori dell'albergo, pensione, B&B quali: ristorante, bar, lavanderia, salone di parrucchiere, centro benessere, negozi, locali per convegni e quant'altro relativo ad Attività ricreative e culturali. È inoltre compresa la Responsabilità Civile derivante dall'organizzazione di Attività sportive a carattere non professionale, dalla messa a disposizione di materiale ed attrezzatura sportiva e di gioco, dall'Attività di equitazione **ad esclusione dei Danni provocati ai clienti che cavalcano gli animali o li conducono.**

Si intendono esclusi i Danni cagionati da Incendio e da bruciature per contatto con apparecchi di stiratura e di riscaldamento, nonché quelli causati da lavatura, smacchiatura e simili.



4. Responsabilità Civile del capofamiglia

Nel caso in cui il titolare dell'azienda abbia stabilito la propria dimora abituale all'interno dell'albergo, pensione o B&B, l'Assicuratore si obbliga a tenere indenne il titolare e gli appartenenti al suo Nucleo Familiare di quanto siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili ai sensi di legge, per un fatto accidentale verificatosi in relazione alla vita privata.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si evidenziano i seguenti rischi tipici:

- la conduzione dell'immobile abitato;
- la pratica di sport a livello amatoriale;
- la proprietà di animali domestici e l'uso di animali da sella non di proprietà degli Assicurati;
- la proprietà e l'uso di biciclette o velocipedi in genere, compresi l'uso di carrozzine, passeggini, carrelli di supermercati;
- la proprietà e l'uso di windsurf, imbarcazioni a remi, a vela fino a 6 metri, a motore **purché inferiore a 3 CV escluse dagli obblighi di cui alla legge 990 del 24/12/1969 e successive modifiche ed integrazioni**;
- la messa in moto e guida di veicoli da parte dei figli minori senza patente all'insaputa dei genitori, a condizione che i veicoli siano assicurati con una specifica Polizza di Responsabilità Civile per la circolazione.

Non sono considerati terzi:

- **il coniuge, i genitori dell'Assicurato, i genitori del coniuge, i figli dell'Assicurato, il convivente di fatto, l'unito civilmente, le persone iscritte nello stato di famiglia dell'Assicurato e qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;**

A deroga di quanto sopra riportato, i figli minori dell'Assicurato sono considerati terzi fra di loro quando accidentalmente fratello o sorella si causino una lesione corporale da cui derivi un'Invalidità permanente; **l'Indennizzo è prestato fino a Euro 50.000, 00 per Sinistro e per anno assicurativo, e con l'applicazione di una Franchigia di Euro 1.500,00 per Sinistro. Non rientrano nella copertura le spese sanitarie sostenute a seguito delle lesioni subite.**

Nel caso in cui risulti operante altra assicurazione (ad esempio Polizza Responsabilità Civile del capofamiglia), la presente copertura è prestata a secondo rischio per l'eccedenza rispetto ai massimali dell'altra assicurazione.

Sono esclusi i Danni:

- **derivanti dalla proprietà di animali da sella;**
- **verificatisi nello svolgimento di gare sportive e relativi allenamenti se effettuati a carattere non amatoriale o che prevedono l'impiego di veicoli a motore;**
- **verificatisi nella pratica di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;**
- **conseguenti ad inadempimenti di natura contrattuale o tributaria;**
- **verso i Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby-sitter) non in regola con le normative di legge;**
- **causati dai Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby-sitter) non in regola con le normative di legge;**
- **derivanti dall'esecuzione in proprio di lavori di straordinaria manutenzione.**

La copertura è prestata con un limite di Indennizzo di Euro 300.000,00 per Sinistro e per anno.

I SEGUENTI ARTICOLI SI INTENDONO VALIDI ED OPERANTI PER TUTTA LA SEZIONE 9 - RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI.

Art. 102 – Esclusioni

Sono esclusi i Danni:

1. **causati con dolo del Contraente o dell'Assicurato;**
2. **derivanti dall'inosservanza di obblighi che l'Assicurato abbia assunto esclusivamente per contratto;**
3. **alle Cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, nonché alle Cose trovatesi nell'ambito di esecuzione dei lavori (eccetto quelle che per peso o volume non possano essere rimosse), a quelle trasportate, rimorchiate o sollevate, alle Cose di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785, 1785 bis, ter, quater, quinquies e 1786 c.c, fatto salvo quanto previsto: dall' art. 100/e "Danni a Cose di terzi sollevate, caricate, scaricate, movimentate, trasportate o rimorchiate", dall'art. 101.A.2 "Cose portate e/o consegnate dai clienti dell'agriturismo", dall'art. 101.D.2 "Cose portate e/o consegnate dai clienti dell'albergo, pensione, B&B", dall'art. 101.B.3 "Danni ai capi di vestiario dei clienti (parrucchieri)", dall'art. 101.B.4 "Danni alle Cose in lavorazione (tintorie e lavanderie)";**



4. cagionati da gru, teleferiche, fili a sbalzo e simili;
5. derivanti dall'esercizio di Attività venatoria;
6. alle Cose sulle quali si eseguono i lavori, alle opere direttamente oggetto di lavori di riparazione o manutenzione, alle opere in costruzione, alle colture, fatto salvo quanto previsto dall'art. 101.B.4 "Danni alle Cose in lavorazione (tintorie e lavanderie)" e dall'art. 100/d "Lavori eseguiti presso terzi";
7. cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori, da operazioni di riparazione, manutenzione e posa in opera verificatesi dopo l'esecuzione dei lavori o la consegna a terzi, fatto salvo quanto previsto dall'estensione di Garanzia di cui all'art. 101.B.1 "Postuma per lavori di posa in opera, installazione, manutenzione o riparazione di impianti";
8. da merci, prodotti e Cose in genere dopo la consegna a terzi, fatto salvo quanto previsto dall'art. 101.D.1 "Smercio e/o somministrazione di prodotti alimentari" e dall'art. 101.C.1 "Danni da vendita di prodotti";
9. cagionati da Furto, fatto salvo quanto previsto dall'art. 101.B.2 "Danni da Furto agevolati da impalcature di imprese edili";
10. cagionati e/o subiti da natanti e da aeromobili e/o loro Contenuto e/o persone trasportate; cagionati da veicoli a motore di qualsiasi genere, da carrelli e da macchine operatrici semoventi quando il Sinistro si sia verificato su aree soggette alla disciplina della legge 990 del 24/12/1969, salvo quanto previsto dall'art. 100/f "Committenza auto" e dall'art. 100/g "Danni ai veicoli nei parcheggi aziendali";
11. cagionati a mezzi di trasporto sotto carico e scarico, nonché alle Cose trovantesi sugli stessi e nell'ambito delle anzidette operazioni di carico e scarico, fermo restando quanto previsto all'art. 100/e "Danni a Cose di terzi sollevate, caricate, scaricate, movimentate, trasportate o rimorchiate";
12. cagionati dall'impiego di esplosivi a Cose fisse che si trovino entro un raggio di 200 metri dal punto di Scoppio;
13. cagionati dalla proprietà, dall'usufrutto o dall'uso di Fabbricati e relativi impianti fissi, diversi da quelli in cui viene svolta stabilmente l'Attività dichiarata in Polizza o non costituenti l'Abitazione dell'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dall'art. 100/k "Proprietà di insegne, cartelli pubblicitari e striscioni";
14. derivanti dall'uso di sostanze il cui impiego sia vietato dalla legge;
15. cagionati dalla produzione, detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i Danni che, in relazione ai rischi assicurati, siano derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici);
16. attribuibili a responsabilità derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
17. derivanti dallo svolgimento delle Attività di biotecnologia, di ingegneria genetica e quelle relative a prodotti derivanti da materiali e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (O.G.M.);
18. derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici;
19. a condutture ed impianti sotterranei;
20. a Cose dovuti ad assestamento, cedimento, franamento, vibrazioni del terreno;
21. da spargimento d'acqua o rigurgiti di fogne, salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;
22. direttamente o indirettamente derivanti da: guerra, invasione, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, confisca, nazionalizzazione, requisizione, sequestro, distruzione ordinata dalle autorità, tumulti popolari, scioperi, serrate, sommosse;
23. fatto salvo per quanto previsto dalla garanzia "Errato trattamento dei dati personali", di qualsiasi natura derivanti da errata registrazione, cancellazione di dati, mancato, errato, inadeguato funzionamento del sistema informatico e/o di qualsiasi macchinario, impianto, apparecchiatura, componente elettronica, firmware, software e hardware in ordine alla gestione del tempo (ore e date), oppure in seguito ad attacco od infezione di virus informatici, nonché conseguenti ad operazioni di download, installazione e/o modifica di programmi, salvo che provochino Incendio, Esplosione o Scoppio nonché i Danni da o riconducibili a smagnetizzazione, errata registrazione o cancellazione di dati ed a cestinatura per svista;
24. derivanti da qualsiasi rischio avente ubicazione in mare non collegata a riva tramite terrapieni o lingue di terra;
25. derivanti da condotte sottomarine, in cui viene spinto forzatamente un fluido per trasporto dello stesso finalizzato a produzione di energia, nonché i cablaggi sottomarini in genere;
26. da impiego di veicoli a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore, fermo restando quanto previsto dall'estensione di Garanzia "Responsabilità



- Civile del capofamiglia”;
27. derivanti da contagi trasmessi da animali;
 28. conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; ad interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari in genere ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, fatto salvo quanto previsto dall'art. 100/j “Inquinamento accidentale”;
 29. provocati alla pavimentazione stradale da Macchine agricole su cingoli o su ruote non gommate;
 30. derivanti dall'impiego di fitofarmaci composti in tutto od in parte da sostanze chimiche il cui impiego sia vietato dalla legge, anche se incolpevole e non volontario;
 31. alle scorte vive o morte del fondo, salvo i Danni alle scorte di terzi (anche se in consegna o custodia dell'Assicurato) derivanti da rovina totale o parziale degli immobili ivi esistenti;
 32. derivanti dalla proprietà dei Fabbricati indicati in Polizza, salvo che sia stata acquistata la Garanzia Responsabilità Civile della proprietà;
 33. derivanti dall'esercizio delle professioni intellettuali di cui all'art. 2229 del codice civile.

Art. 103 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi:

1. il coniuge, i genitori dell'Assicurato, i genitori del coniuge, i figli dell'Assicurato, il convivente di fatto, l'unito civilmente, le persone iscritte nello stato di famiglia dell'Assicurato e qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
2. le persone in rapporto di dipendenza o di salario con l'Assicurato che subiscano il Danno in occasione di lavoro o di servizio. Sono tuttavia considerati terzi, per i Danni fisici subiti, i dipendenti non soggetti all'obbligo di assicurazione INAIL sempre che non partecipino a lavori per i quali è obbligatoria tale assicurazione;
3. le persone che, qualunque sia il loro rapporto con l'Assicurato, subiscano Danni in occasione della loro partecipazione ai lavori formanti oggetto dell'Attività cui si riferiscono le Garanzie, con l'eccezione dei Danni fisici subiti dai subappaltatori e loro dipendenti, qualora la percentuale di lavori ceduti dall'Assicurato non superi il 30% del valore globale delle opere ad esso affidate;
4. se l'Assicurato non sia una persona fisica: gli amministratori, i Legali rappresentanti ed i soci a responsabilità illimitata;
5. le società o enti che - rispetto all'Assicurato - siano qualificabili come controllanti, controllate e collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c.

Art. 104 - Obblighi in caso di sinistro

L'Assicurato deve avvisare l'Assicuratore in forma scritta entro 3 giorni quando si è verificato o da quando è venuto a conoscenza del Sinistro (come indicato dall'art. 1913 c.c), comunicando la descrizione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome dei danneggiati e, possibilmente, dei testimoni nonché la data, il luogo e le cause del Sinistro. Deve, inoltre, far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al Sinistro, adoperandosi alla raccolta degli elementi per la difesa e astenendosi, in ogni caso, da qualsiasi valutazione inerente la propria responsabilità.

Il mancato rispetto degli obblighi sopra indicati può determinare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c..

SEZIONE 10 – TUTELA LEGALE

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

Premessa

L'Assicuratore per la gestione e liquidazione dei Sinistri si avvale di:

ARAG SE

Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (di seguito denominata ARAG)

Viale del Commercio n.59 - 37135 Verona

Principali riferimenti:

Telefono centralino: 045.8290411,

fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557,



mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it,

fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449

alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Art. 105 – Oggetto dell'Assicurazione

Quando l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, l'Assicuratore, nei limiti stabiliti dalla Polizza, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo **se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG**
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato
- spese di esecuzione forzata **fino a due casi per sinistro**
- spese dell'organismo di mediazione, **quando la mediazione è obbligatoria**
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- compensi dei periti
- spese di giustizia
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.

Art. 106 – Insorgenza del Sinistro

La data di avvenimento del Sinistro è quella in cui si verifica l'evento a seguito del quale insorge la vertenza.

L'evento, in base alla natura della vertenza, è inteso come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito o causato dall'Assicurato;
- la violazione o presunta violazione del contratto;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge;

In materia di usucapione, la data di avvenimento del Sinistro coincide con il giorno è quella della prima contestazione della richiesta di usucapione, purché questa richiesta sia avvenuta durante l'esistenza della di contratto.

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del Sinistro è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la garanzia opera con un unico Massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del Sinistro il Massimale per Sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

Sono coperti i Sinistri che sono avvenuti:

- dalla data di efficacia della copertura assicurativa per il danno o presunto danno extra contrattuale e per la violazione o presunta violazione di norme penali o amministrative;
- trascorsi 3 (tre) mesi dalla data di efficacia della copertura assicurativa in tutte le restanti ipotesi; se il contratto è emesso senza interruzione della copertura per lo stesso rischio, dopo un precedente contratto, il periodo di 3 (tre) mesi opera soltanto per le garanzie non previste nel precedente contratto.

Art. 107 – Termini di denuncia del Sinistro e fornitura dei mezzi di prova

1. **L'Assicurato rendendosi Parte diligente del contratto deve immediatamente denunciare all'Assicuratore e/o ARAG qualsiasi Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, e in ogni caso nel rispetto del termine di prescrizione dei diritti derivanti dalla presente Assicurazione.**
2. **La denuncia del Sinistro deve pervenire all'Assicuratore e/o ARAG nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione dell'Assicurazione. Qualora la presente Polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una Polizza precedente dell'Assicuratore, il termine di denuncia dei Sinistri decorre per tutte le Polizze dalla data di scadenza della Polizza più recente.**
3. **L'Assicurato deve informare l'Assicuratore e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del Sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.**
4. **In mancanza, l'Assicuratore e/o ARAG non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del Sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.**

Art. 108 – Gestione del Sinistro, scelta dell'avvocato

Ricevuta la denuncia del Sinistro ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'Assicurato.



La fase stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa delle spese della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, **ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'Assicurato ha l'onere di fornire.**

Per la fase giudiziale l'Assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'albo:

- dell'ufficio giudiziario competente per la vertenza;
- del proprio luogo di residenza o sede legale; in caso di domiciliazione, ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'Assicurato, **pertanto ARAG non è responsabile del loro operato.**

Art. 109 – Pagamento delle spese

Le spese per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono coperte solo se preventivamente autorizzate da ARAG.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

Il pagamento delle spese garantite avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.

Art. 110 – Disaccordo con l'Assicuratore e conflitto di interesse

1. In caso di disaccordo in merito alla gestione del Sinistro tra l'Assicurato e Net Insurance S.p.A. e/o ARAG, la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. **Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.** In via alternativa è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.
2. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

Art. 111 – Recupero di somme anticipate da ARAG

L'Assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da ARAG:

- quando ha diritto di recuperarle dalla controparte;
- nei delitti dolosi, se il giudizio si conclude con sentenza definitiva diversa da assoluzione, o senza la derubricazione del reato da doloso a colposo;

L'Assicurato ha l'obbligo di trasmettere tempestivamente ad ARAG la copia della sentenza definitiva.

Art. 112 – Estensione territoriale

Le prestazioni valgono per i Sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trovi nei territori di seguito indicati:

- **nei paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera e Liechtenstein**, per la difesa penale, per la richiesta di risarcimento danni a terzi, per la resistenza alla richiesta di risarcimento di natura extracontrattuale avanzate da terzi;
- **nella Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino** per le altre ipotesi.

Art. 113 – Assicurati

Gli assicurati sono il contraente e anche i soggetti descritti di seguito se nelle garanzie è specificato che la copertura opera per tutti gli assicurati.

Per le società di persone:

- i soci
- i soci lavoratori
- i soggetti iscritti nel libro unico del lavoro
- i lavoratori stagionali, i lavoratori a chiamata, i lavoratori interinali e distaccati, i prestatori di lavoro accessorio
- i familiari del titolare d'impresa che collaborano nell'attività

Per le società di capitali:

- il legale rappresentante, anche in qualità di amministratore
- i soci
- i soci lavoratori
- i soggetti iscritti nel libro unico del lavoro
- i lavoratori stagionali, i lavoratori a chiamata, i lavoratori interinali e distaccati, i prestatori di lavoro accessorio

Per le ditte individuali e le imprese familiari:

- il titolare

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- i soggetti iscritti nel libro unico del lavoro
- i lavoratori stagionali, i lavoratori a chiamata, i lavoratori interinali e distaccati, i prestatori di lavoro accessorio
- i familiari del titolare d'impresa che collaborano nell'attività

Nel caso di vertenze fra assicurati le garanzie operano unicamente a favore del contraente.

Art. 114 – Prestazioni garantite e massimali

Le garanzie operano **per i sinistri relativi all'attività d'impresa assicurata** e descritta nella scheda di Polizza, **compresi i sinistri relativi all'immobile adibito a sede legale** e, se indicati nella scheda di Polizza, **agli immobili strumentali all'esercizio dell'attività**.

1. fornitori

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze contrattuali con i fornitori, **se il valore in lite è pari o superiore a € 500 e non superiore a € 30.000**.

2. locazione, diritto di proprietà e altri diritti reali

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze in materia di locazione, diritto di proprietà e altri diritti reali.

In materia di usucapione, l'avvenimento della vertenza coincide con la data della prima contestazione della richiesta di usucapione, se la richiesta è avvenuta durante l'esistenza del contratto.

3. rapporti di lavoro

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze individuali di lavoro con i lavoratori iscritti nel libro unico del lavoro del Contraente.

4. danni subiti

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

5. spese di resistenza per danni extracontrattuali

Sono coperte le spese sostenute da tutti gli assicurati per resistere alla richiesta di risarcimento di terzi per danni extra contrattuali causati dagli stessi assicurati.

La garanzia opera **a primo rischio**:

se la polizza di responsabilità civile:

- non esiste;
- non è operativa nel merito, in quanto non copre la fattispecie denunciata perché non è oggetto di copertura o perché espressamente esclusa dalla copertura o perché il danno è di importo inferiore rispetto alla franchigia prevista dal contratto;
- non è operativa perché non c'è responsabilità dell'Assicurato;
- non opera perché l'assicuratore di responsabilità civile non ha interesse a resistere alle richieste di risarcimento del terzo avendo esaurito il massimale per liquidare il danno. La garanzia opera per le spese successive.

La presente garanzia non opera se l'assicurazione di responsabilità civile copre il danno, ma non le spese legali per la resistenza alla richiesta di risarcimento.

A titolo esemplificativo, quando l'assicuratore di responsabilità civile non ne ha interesse perché ha liquidato il danno al terzo con un esborso inferiore al massimale di polizza o per violazione del patto di gestione lite.

La presente garanzia inoltre non opera se il sinistro è stato denunciato all'assicuratore di responsabilità civile oltre i termini di prescrizione. Non sono garantite le spese per l'accertamento tecnico preventivo antecedente rispetto all'intervento dell'assicuratore di responsabilità civile. L'operatività della garanzia è subordinata al riscontro da parte della compagnia di responsabilità civile, se esistente, in merito alla copertura del sinistro.

6. delitti colposi o contravvenzioni

Sono coperte le spese sostenute in procedimenti penali per delitti colposi o per contravvenzioni, anche in materia fiscale e amministrativa.

Sono coperte anche le spese sostenute per il dissequestro dei beni necessari al proseguimento dell'attività assicurata.

7. delitti dolosi

Sono coperte le spese sostenute in procedimenti penali per delitti dolosi.

La garanzia opera quando:

- l'Assicurato è assolto con decisione passata in giudicato
- il reato è derubricato da doloso a colposo
- il procedimento è archiviato per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato

La garanzia non opera nei casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

ARAG rimborserà agli assicurati le spese sostenute nel momento in cui vi sarà il passaggio in giudicato della sentenza.

Se dopo l'archiviazione il giudizio viene riaperto e viene emessa una sentenza diversa da quella di assoluzione o di derubricazione del reato da doloso a colposo **l'assicurato dovrà restituire ad ARAG tutte le spese sostenute da ARAG per la difesa dell'assicurato in ogni grado di giudizio.**

L'Assicurazione è prestata per un Massimale di Euro 10.000,00 per Sinistro e di Euro 50.000,00 per Anno Assicurativo.

Art. 115 - Esclusioni

Quando l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, l'Assicuratore non copre le seguenti spese:

- **compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite**
- **compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- compensi dell'avvocato domiciliatario se non indicato da ARAG
- spese per l'indennità di trasferta
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo caso per sinistro
- spese dell'organismo di mediazione quando la mediazione non è obbligatoria
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia
- multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali
- spese non concordate con ARAG
- in caso di domiciliazione ogni duplicazione di onorari

L'Assicuratore inoltre non copre:

- a) nei delitti dolosi: le spese sostenute nei casi di estinzione del reato diversi da assoluzione, derubricazione da doloso a colposo e archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non sussiste.
- b) nei delitti colposi e dolosi: le spese sostenute per il dissequestro dei beni diversi da quelli necessari al proseguimento dell'attività assicurata.
- c) nelle vertenze con i fornitori: le spese sostenute se il valore in lite è inferiore a € 500 e superiore a € 30.000.
- d) nelle vertenze relative al rapporto di lavoro: le spese sostenute per vertenze con i lavoratori non iscritti nel libro unico del lavoro del contraente.
- e) nella garanzia spese di resistenza per danni extracontrattuali, a primo rischio:
 - le spese sostenute se l'assicurazione di responsabilità civile copre il danno ma non le spese legali per la resistenza alla richiesta di risarcimento;
 - le spese sostenute se il sinistro è stato denunciato all'assicuratore di responsabilità civile oltre i termini di prescrizione;
 - le spese per l'accertamento tecnico preventivo antecedente rispetto all'intervento dell'assicuratore di responsabilità civile;
 - le spese sostenute in assenza del riscontro da parte della compagnia di responsabilità civile, se esistente, in merito alla copertura del sinistro.

Se nel contratto non è previsto diversamente, le garanzie non operano per sinistri relativi a:

1. diritto di famiglia, successioni o donazioni;
2. materia fiscale o amministrativa;
3. fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;
4. attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'assicurato, ad eccezione delle vertenze conseguenti a trattamenti medici;
5. fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
6. diritto di brevetto, marchio, autore, esclusiva o turbativa d'asta, concorrenza sleale o normativa antitrust;
7. compravendita di quote societarie o vertenze tra amministratori e/o soci o tra questi e il contraente;
8. proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;
9. fatti dolosi delle persone assicurate;
10. fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
11. fusioni, modificazioni o trasformazioni societarie;
12. prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal contraente nell'esercizio della sua attività;
13. compravendita o permuta di immobili;
14. interventi di restauro o risanamento conservativo, ristrutturazione o costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti; questa esclusione non opera nel caso in cui il Contraente opera nell'edilizia;
15. affitto o cessione d'azienda o di ramo d'azienda o contratti di leasing immobiliare;
16. fabbricazione o commercializzazione di esplosivi o fabbricazione di armi o di equipaggiamento militare;
17. attività svolta da industrie specializzate nel trattamento o smaltimento dei rifiuti;
18. vertenze tra agenzie di somministrazione del lavoro e i lavoratori somministrati occupati presso terzi;
19. attività svolta da cooperative o da associazioni di consumatori;



20. esercizio della professione o attività medica o di operatore sanitario;
21. contratti di agenzia, rappresentanza o mandato;
22. vertenze con la Società, con la banca capogruppo della Società;
23. adesione ad azioni di classe (class action);
24. difesa penale per abuso di minori.
25. per il recupero dei crediti;
26. per Controversie aventi ad oggetto il pagamento dei canoni di locazione e relativi accessori;
27. di natura contrattuale dell'Assicurato aventi ad oggetto il pagamento del prezzo del bene o della prestazione di servizio;
28. per le quali sia ipotizzabile la responsabilità professionale del Legale incaricato;
29. relative o comunque connesse ad immobili non occupati dall'Assicurato o non identificati in Polizza;
30. relative a cariche sociali rivestite dall'Assicurato, anche a titolo gratuito, presso enti pubblici o privati;
31. non espressamente richiamate tra le voci dell'Art. 114 - "Prestazioni garantite e massimali";
32. derivanti da azioni di licenziamento collettivo o procedimenti di cassa integrazione;
33. inerenti l'esercizio delle professioni intellettuali, definite dall'art. 2229 c.c.

SEZIONE 11 – PROTEZIONE INCASSI POS

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

Art. 116 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore indennizza il mancato introito dell'azienda indicata in Polizza, nell'ambito della quale siano utilizzati uno o più dispositivi elettronici P.O.S. (Point of Sale), anche appartenenti a differenti Istituti Bancari eroganti, per effetto della totale e forzata inattività derivante da un Danno materiale e diretto, causato da almeno uno degli eventi sotto riportati.

A. GARANZIA PROTEZIONE INCASSI POS

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato per ogni giorno lavorativo di forzata e totale inattività dell'azienda/esercizio assicurato, una diaria giornaliera (d'importo determinato come da art. 119, fermo il massimo indicato in polizza) in caso di Danni materiali e diretti a:

- a) **Fabbricato e Contenuto dell'azienda indicata in Polizza, limitatamente ai locali nei quali sia utilizzato il P.O.S., a seguito degli eventi sotto riportati:**

1. **Incendio, fulmine, Esplosione, Scoppio ed Implosione** non causati da ordigni esplosivi;
2. **caduta di aeromobili, veicoli spaziali e satelliti artificiali**, loro parti o Cose da essi trasportate;
3. **onda di pressione** provocata dal superamento della velocità del suono da parte di aeromobili od oggetti in genere;
4. **urto dei veicoli stradali**, non appartenenti o in uso al Contraente o all'Assicurato o agli altri Addetti;
5. fumo, fuoriuscita a seguito di guasto accidentale - **non determinato da usura, corrosione, difetti di materiale o carenza di manutenzione** - agli impianti per la produzione di calore facenti parte delle Cose stesse e sempre che detti impianti siano collegati mediante adeguate condutture ad appropriati camini;
6. **sviluppo di fumi, gas e vapori**, colaggio o fuoriuscita di liquidi **purché conseguenti ad eventi prima indicati che abbiano colpito l'attività indicata in Polizza;**
7. **mancata o anomala produzione o distribuzione di energia elettrica**, termica ed idraulica, mancato od anormale funzionamento di apparecchiature elettroniche, di impianti di riscaldamento o condizionamento **purché conseguenti ad eventi prima indicati;**
8. **fenomeno elettrico** scariche od altri fenomeni elettrici da qualsiasi motivo occasionati, a:
 - macchine ed impianti elettrici ed elettronici, apparecchi e circuiti facenti parte del fabbricato;
 - macchinari ed attrezzature facenti parte del Contenuto.

Sono esclusi i Danni:

- **causati da usura o da carenza di manutenzione;**
- **verificatisi in occasione di montaggi e smontaggi non connessi a lavori di manutenzione e revisione, nonché i Danni verificatisi durante le operazioni di collaudo e prova;**
- **dovuti a difetti noti all'Assicurato o al Contraente all'atto della stipula della Polizza, nonché quelli dei quali deve rispondere, per legge o contratto, il costruttore o il fornitore;**



- alle lampade elettriche, alle insegne luminose, alle valvole termoioniche ed ai fusibili;
 - ai trasformatori elettrici e generatori di corrente posti all'aperto ed all'esterno del Fabbricato.
9. Fenomeni atmosferici quali:
- i. grandine, uragani, tempeste, trombe d'aria, vento e quanto da essi trasportato, quando detti fenomeni siano caratterizzati da violenza riscontrabile dagli effetti prodotti su una pluralità di Cose poste nelle vicinanze;
 - ii. bagnamento, verificatosi all'interno dei Fabbricati a seguito di rotture, brecce o lesioni provocate al Tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza dei fenomeni di cui sopra.

Sono esclusi i Danni causati da:

- intasamento o traboccamento di gronde o pluviali con o senza rottura degli stessi;
 - fuoriuscita dalle usuali sponde di corsi o bacini d'acqua naturali od artificiali;
 - mareggiata e penetrazione di acqua marina;
 - formazione di ruscelli, accumulo esterno di acqua, rottura o rigurgito dei sistemi di scarico;
 - gelo, sovraccarico di neve, salvo quanto previsto al punto 11. "sovraccarico neve";
 - umidità, stillicidio, trasudamento, infiltrazione;
 - cedimento, franamento o smottamento del terreno;
- ancorché verificatisi a seguito dei fenomeni di cui ai punti "i" e "ii";
10. grandine su elementi fragili quali:
- serramenti, vetrate e lucernari in genere;
 - lastre di cemento-amianto, fibrocemento e manufatti di materia plastica;
- anche se facenti parte di Fabbricati o tettoie aperte da uno o più lati, **con esclusione delle Serre e del loro Contenuto.**
11. Sovraccarico neve compresi gli eventuali Danni di bagnamento all'interno dei Locali aziendali ed al Contenuto della stessa, purché avvenuti a seguito di crollo totale o parziale del Tetto o delle pareti esterne per effetto del peso della neve;
12. fuoriuscita di acqua condotta a seguito di rottura accidentale di impianti idrici, igienici e tecnici esistenti nei Fabbricati contenenti le Cose stesse.

Sono esclusi i Danni:

- causati da umidità, stillicidio, traboccamento o rigurgito di fognature o altri condotti, gelo, rottura degli impianti automatici di estinzione;
 - alle merci poste ad altezza inferiore a cm 12 dal suolo;
 - derivanti da traboccamenti, rigurgiti o rotture fognature;
 - da usura, corrosione, difetti di materiali o carenza di manutenzione.
13. merci in refrigerazione (mancato freddo), intendendosi per tale evento i Danni materiali e diretti subiti dalle merci in refrigerazione a causa di:
- mancata od anormale produzione o distribuzione del freddo;
 - fuoriuscita del liquido frigorifero; e conseguenti al verificarsi di:
 - un evento assicurato ai termini della Sezione 11 - Protezione Incassi;
 - guasti o rotture accidentali dell'impianto frigorifero o nei relativi dispositivi di controllo e sicurezza, nonché nei sistemi di adduzione dell'acqua e di produzione o distribuzione dell'energia elettrica direttamente pertinenti all'impianto stesso.

Sono esclusi i Danni:

- dei quali debba rispondere il fornitore per difetto di costruzione o di installazione;
 - derivanti da errata manovra e da scarso rendimento degli impianti;
 - alle merci poste su automezzi.
14. eventi sociopolitici e dolosi quali tumulti popolari, scioperi, sommosse o compiuti, individualmente o in associazione, atti vandalici o dolosi, compresi quelli di terrorismo o sabotaggio.

Sono esclusi i Danni:

- causati da dolo del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti Legali o dei soci a responsabilità illimitata;
- di inondazione o frana;
- di Rapina, estorsione, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere;
- di fenomeno elettrico a macchine ed impianti elettrici od elettronici, apparecchi e circuiti compresi;
- subiti dalle merci in refrigerazione per effetto di mancata o anormale produzione o distribuzione del freddo o di fuoriuscita del fluido frigorifero;
- causati da interruzione di processi di lavorazione, da mancata o anomala produzione o distribuzione di energia, da alterazione di prodotti conseguente alla sospensione del lavoro, da alterazione od omissione di controlli o manovre;
- verificatisi nel corso di confisca, sequestro, requisizione degli enti assicurati per ordine di qualunque



autorità, di diritto o di fatto, od in occasione di serrata;

- da imbrattamento;
- alle Serre ed al loro Contenuto;
- sono inoltre esclusi i costi o le spese derivanti direttamente od indirettamente da contaminazione nucleare, biologica o chimica.

L'Assicuratore, ferme le condizioni sopra richiamate, indennizza anche i Danni avvenuti nel corso di occupazione non militare della proprietà in cui si trovino gli enti assicurati, con avvertenza che, qualora l'occupazione medesima si protrahesse per oltre 5 giorni consecutivi, l'Assicuratore non risponderà dei Danni anche se verificatisi durante il suddetto periodo.

15. caduta di ascensori e montacarichi a seguito di rottura di congegni;

16. rotture per cause accidentali di Lastre ed insegne.

Sono esclusi i Danni:

1. verificatisi in occasione di:

- riparazione e/o rimozione di Lastre ed insegne;
- operazioni di trasloco;
- lavori di ristrutturazione o di restauro dei locali;

2. relativi a Lastre ed insegne che alla data di entrata in vigore della presente Garanzia non fossero integre od esenti da difetti;

3. subiti da lucernari o da Lastre ed insegne aventi valore artistico;

4. subiti da insegne a seguito di surriscaldamento o corto circuito.

b) Apparecchiature e macchinari dell'azienda indicata in Polizza, limitatamente ai locali nei quali sia utilizzato il P.O.S., a seguito degli eventi sotto riportati:

17. Guasti a macchine dovute a rotture meccaniche, forza centrifuga, vibrazioni, sollecitazioni imprevedibili e corpi estranei;

18. Rovesciamento liquidi, intendendosi per tale evento i Danni di dispersione di liquidi, posti in adeguati contenitori, causati da rottura accidentale degli stessi nonché di valvole, rubinetti, raccordi e relativi impianti tecnici ad essi collegati.

Sono comunque esclusi:

- i Danni derivanti o conseguenti ad errata chiusura o apertura di valvole e/o rubinetti;
- i Danni dovuti ad imperfetta tenuta dei contenitori;
- i Danni di dispersione da contenitori di capacità inferiore a 300 litri;
- i Danni causati ad altri enti dalla dispersione del liquido;

19. imperizia, imprudenza, negligenza, errata manovra, nell'utilizzo/esercizio di impianti e macchinari poste in essere da dipendenti dell'Assicurato o da terzi;

20. mancato o difettoso funzionamento di apparecchiature di comando o di controllo;

21. danni ai tubi e valvole elettroniche, salvo che siano conseguenza diretta di danni indennizzabili verificatisi anche ad altre parti delle cose assicurate.

Tali Danni verranno indennizzati tenuto conto della percentuale di degrado risultante dai parametri indicati dalla casa costruttrice o, in mancanza, alla percentuale di degrado risultante in rapporto al tempo trascorso dall'installazione, alle ore di lavoro o ai colpi effettuati o altri parametri rispetto alla durata presunta del tubo stesso;

22. danni a conduttori esterni alle Cose assicurate di esclusiva pertinenza delle stesse

Non sono indennizzabili i Danni alle parti accessorie non attraversate dalla corrente dei conduttori assicurati. In caso di Danno indennizzabile ai conduttori esterni sono compresi anche i costi di scavo, sterro, puntellatura, muratura, di rifacimento dell'intonaco e pavimentazione sostenuti dall'Assicurato.

Art. 117 - Esclusioni

Sono esclusi i Danni, oltre a quelli già esclusi alle singole coperture:

- a. di Furto, Rapina, estorsione, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere avvenuto in occasione degli eventi per i quali è prestata l'assicurazione;
- b. verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il Sinistro non abbia avuto alcun rapporto con tali eventi e salvo quanto riportato al punto 14. - "Eventi sociopolitici e dolosi" dell'Art. 116 "Oggetto dell'assicurazione";
- c. verificatisi in occasione di Esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il Sinistro non abbia avuto alcun rapporto con tali eventi;
- d. causati da terremoto, da eruzioni vulcaniche, da inondazioni, da alluvioni, da maremoti e mareggiate, frane,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- allagamenti;
- e. alla macchina od all'impianto nel quale si sia verificato uno Scoppio o una Implosione, se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetti di materiale;
- f. causati con dolo del Contraente o dell'Assicurato, dei Legali rappresentanti, dell'amministratore o dei soci a responsabilità illimitata;
- g. al contenuto di forni, muffole, apparecchi di torrefazione o tostatori causati dall'azione diretta della fiamma o dal calore del focolare;
- h. causati da gelo;
- i. da avvelenamento del Bestiame;
- j. da cedimento, franamento o smottamento del terreno.
- k. di deperimento, logoramento, corrosione, ossidazione che siano conseguenza naturale dell'uso o funzionamento o causati dagli effetti gradualmente degli agenti atmosferici;
- l. per i quali deve rispondere, per legge o per contratto, il costruttore, venditore o locatore delle apparecchiature e macchinari;
- m. verificatisi in conseguenza di montaggi e smontaggi non connessi a lavori di pulitura, manutenzione e revisione, nonché i Danni verificatisi in occasione di trasporti e trasferimenti e relative operazioni di carico e scarico al di fuori dell'ubicazione indicata per le Cose mobili e al di fuori del luogo di installazione originaria per le Cose fisse;
- n. dovuti all'inosservanza delle prescrizioni per la manutenzione indicate dal costruttore o fornitore delle apparecchiature e macchinari;
- o. in seguito al sostenimento dei costi per:
- effettuare la manutenzione preventiva;
 - effettuare i controlli di funzionalità;
 - eliminare i disturbi e i difetti a seguito di usura;
- p. di natura estetica che non siano connessi con i Danni indennizzabili;
- q. attribuibili a difetti noti al Contraente o all'Assicurato all'atto della stipula della Polizza;
- r. ad utensileria o parti accessorie intercambiabili o montabili per una determinata lavorazione, a forma, matrici, stampi, mole, nastri di trasmissione, funi, corde, cinghie, catene, pneumatici, guarnizioni, feltri, rivestimenti, refrattari, catalizzatori, filtri, fluidi in genere fatta eccezione per l'olio dei trasformatori e degli interruttori;
- s. relativamente alle componenti elettroniche delle apparecchiature e agli impianti elettrici o meccanici, verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di cause esterne e la cui eliminazione è prevista dalle prestazioni normalmente comprese nei contratti di manutenzione e di assistenza tecnica;
- t. di perdita, alterazione o distruzione di dati, programmi di codifica o software;
- u. di indisponibilità di dati e malfunzionamento di hardware o software;
- v. ai veicoli a motore;
- w. d'interruzione del funzionamento dell'impianto o macchinario conseguente a:
- uso di internet o intranet (uso di indirizzi internet, siti web o intranet e qualsiasi funzionamento o malfunzionamento di internet e/o connessione a indirizzi internet, siti web o intranet);
 - trasmissione elettronica dei dati od altre informazioni;
 - computer virus o software simili (es. trojan, worm ecc.);
 - violazione, anche se non intenzionale, dei diritti di proprietà intellettuale (come per esempio marchio, diritto d'autore, brevetto);
 - violazione della legge 196/2003 e successive modifiche e integrazioni;
- x. alle seguenti apparecchiature:
- apparecchiature adibite ad uso domestico;
 - apparecchiature elettromedicali;
 - agli impianti fotovoltaici;
- y. sono inoltre esclusi i Danni, i difetti o disturbi di funzionamento, nonché i Danni a moduli e componenti elettronici degli impianti ed apparecchiature (ivi compresi i costi della ricerca e l'identificazione di difetti) verificatisi in costanza di Garanzia della ditta produttrice e/o fornitrice degli stessi e/o la cui eliminazione è prevista dalle prestazioni normalmente comprese nei contratti di assistenza tecnica e cioè:
- controlli di funzionalità;
 - manutenzione preventiva;
 - eliminazione dei disturbi e difetti a seguito di usura;
 - eliminazione dei Danni e disturbi (parti di ricambio e costi di manodopera); verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di causa esterna.



Art. 118 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato o il Contraente, deve darne avviso all'Assicuratore entro il termine di 3 giorni dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, specificando le circostanze dell'evento e l'importo approssimativo del Danno, nonché farne denuncia all'autorità giudiziaria o di polizia del luogo entro le 24 ore successive. L'Assicurato o il Contraente sono obbligati a conservare, fino alla liquidazione del Danno, le tracce ed i residui del Sinistro e gli indizi del reato eventualmente commesso, senza avere in nessun caso, per tale titolo, diritto all'indennità. L'Assicurato (o il Contraente) deve dare la dimostrazione della effettiva consistenza del Danno e deve inoltre fornire dimostrazione delle transazioni effettuate tramite P.O.S.: deve pertanto tenere a disposizione tutti i documenti atti a fornire la dimostrazione suddetta.

Art. 119 - Determinazione dell'ammontare del danno

Per ciascun giorno lavorativo di forzata e totale inattività causato da uno degli eventi previsti all'Art. 116 - "Oggetto dell'assicurazione", l'Assicuratore riconosce all'Assicurato una diaria giornaliera, con il minimo di Euro 50,00 ed il massimo di Euro 400,00, commisurata al volume medio giornaliero delle transazioni effettuate tramite P.O.S. nei 12 mesi precedenti il Sinistro.

Nel caso in cui l'azienda/esercizio assicurato svolga la sua attività in più Fabbricati, uno o più dei quali venga colpito da Sinistro, la diaria giornaliera corrisposta sarà commisurata al volume medio giornaliero delle sole transazioni effettuate tramite P.O.S. presenti all'interno del Fabbricato/ dei Fabbricati colpito/i da Sinistro.

Nel caso in cui l'azienda/esercizio assicurato svolga la sua Attività da un periodo inferiore ai 12 mesi precedenti il Sinistro, per ciascun giorno lavorativo di forzata e totale inattività, la diaria giornaliera sarà commisurata al volume medio giornaliero calcolato a partire dalla data di apertura dell'Attività.

Nel caso in cui l'azienda/esercizio assicurato svolga la sua Attività con periodicità stagionale, intendendosi per tale quella che comporti un periodo di inattività superiore a 2 mesi consecutivi, il Sinistro derivante da uno degli eventi previsti all'Art. 116 - "Oggetto dell'assicurazione" è indennizzabile a condizione che sia avvenuto durante il periodo di attività dell'azienda/esercizio assicurato. Per ciascun giorno lavorativo di forzata e totale inattività, la diaria giornaliera sarà commisurata al volume medio giornaliero riferito al periodo di effettiva Attività nell'ambito dei 12 mesi precedenti il Sinistro.

La diaria giornaliera è calcolata secondo un meccanismo a scaglioni che si basa sulle seguenti fasce di transato:

- I fascia di transato fino a Euro 50,00 al giorno: viene corrisposto un Indennizzo pari ad Euro 50,00 giornalieri;
- II fascia di transato da Euro 50,00 a Euro 180,00 al giorno: viene corrisposto l'Indennizzo previsto dal precedente punto a. (Euro 50,00) a cui si aggiunge un ulteriore Indennizzo pari al 50% della parte residuale tra l'incasso medio giornaliero e quanto corrisposto al punto a;
- III fascia di transato superiore a Euro 180,00 al giorno: viene corrisposto l'Indennizzo previsto al precedente punto a., sommato di un importo pari al 50% della differenza tra il tetto massimo della seconda fascia di transato e quanto corrisposto al punto a. (Euro 50,00), a cui si aggiunge un ulteriore Indennizzo pari al 20% della differenza tra il transato medio giornaliero e il tetto massimo della seconda fascia di transato (Euro 180,00).

La Garanzia Protezione incassi P.O.S. è prestata, previa applicazione di una Franchigia temporale pari a 3 giorni lavorativi compreso quello del Sinistro.

La copertura è prestata fino alla concorrenza dell'Indennizzo determinato secondo le modalità precedentemente indicate e costituisce l'esposizione massima dell'Assicuratore per Sinistro e per anno assicurativo.

L'assicurazione è operante esclusivamente in Italia. Nessun Indennizzo sarà effettuato a termini della presente Garanzia se l'Assicurato viene posto in liquidazione o amministrazione controllata o cessa definitivamente l'Attività svolta anche se a seguito di un Sinistro.

Art. 120 - Perizia contrattuale

Mancando l'accordo fra le parti sulla liquidazione dei Danni, la Controversia è deferita a due Periti, nominati dalle parti, uno per ciascuna: tali Periti, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza e saranno vincolanti fra le parti nei termini di cui all'Art. 121 - "Mandato dei Periti". Se una parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo perito, la scelta è fatta, ad istanza della parte più diligente, dal Presidente del Tribunale del luogo nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto.

Art. 121 - Mandato dei Periti

I Periti devono:

- indagare su circostanze, natura, cause e modalità del Sinistro;
- verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del Sinistro esistevano circostanze che abbiano aggravato il rischio e non siano state comunicate, nonché verificare se l'Assicurato (o il Contraente) abbia adempiuto agli obblighi di cui all'Art. 118 - "Obblighi in caso di sinistro";
- verificare l'esistenza, la qualità e la quantità delle Cose assicurate, determinandone il valore secondo i criteri di valutazione di cui agli Art. 119 - "Determinazione dell'ammontare del danno";



4. procedere alla stima e alla liquidazione del Danno comprese le spese di salvataggio, di demolizione e sgombero.

I risultati delle operazioni peritali concretati dai Periti concordi oppure dalla maggioranza in caso di perizia collegiale, devono essere raccolti in apposito verbale (con allegate le stime dettagliate) da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. I risultati delle valutazioni di cui ai punti 3. e 4. sono obbligatori per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza o violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente all'indennizzabilità dei Danni. La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia. I Periti sono dispensati da ogni formalità giudiziaria.

Art. 122 - Esagerazione dolosa del danno - Perdita del diritto all'indennizzo

Il Contraente (o l'Assicurato) che esageri dolosamente l'ammontare del Danno, dichiari distrutte o sottratte Cose che non esistevano al momento del Sinistro, occulti, sottragga o manometta Cose salvate, adoperi a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, alteri dolosamente le tracce ed i residui del Sinistro o faciliti il progresso di questo, perde il diritto all'Indennizzo.

Art. 123 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sulle medesime Cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'Indennizzo dovuto dall'eventuale assicuratore insolvente - superi l'ammontare del Danno, l'Assicuratore è tenuto a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'Indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

Art. 124 - Rivalsa

L'Assicuratore si avvale del diritto di rivalsa ai sensi dell'art.1916 c.c.

SEZIONE 12 – INCENDIO

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

Art. 125 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali subiti direttamente dai beni assicurati, indicati in Polizza, anche se di proprietà di terzi - esclusi i beni in leasing se già coperti da altra assicurazione - ed anche se causati da colpa grave del Contraente o dell'Assicurato, a seguito degli eventi sotto riportati.

A. GARANZIA FABBRICATO

B. GARANZIA CONTENUTO

Fermo quanto riportato dall'Art. 128 - "Esclusioni" e fermo restando che il Capitale assicurato per le Garanzie **Incendio del fabbricato** e **Incendio del contenuto** indicato in Polizza rappresenta la massima esposizione dell'Assicuratore, sono garantiti gli eventi di seguito elencati:

1. **Incendio, fulmine, Esplosione, Scoppio ed Implosione** non causati da ordigni esplosivi;
2. **caduta di aeromobili, veicoli spaziali e satelliti artificiali**, loro parti o Cose da essi trasportate;
3. **onda di pressione** provocata dal superamento della velocità del suono da parte di aeromobili od oggetti in genere;
4. **urto dei veicoli stradali**, non appartenenti o in uso al Contraente o all'Assicurato o agli altri Addetti, dipendenti o Collaboratori dell'Assicurato;
5. fumo, fuoriuscito a seguito di guasto accidentale - **non determinato da usura, corrosione, difetti di materiale o carenza di manutenzione** - agli impianti per la produzione di calore facenti parte delle Cose stesse e sempre chedetti impianti siano collegati mediante adeguate condutture ad appropriati camini;
6. **sviluppo di fumi, gas e vapori, colaggio o fuoriuscita di liquidi purché conseguenti ad eventi prima indicati che abbiano colpito le Cose assicurate oppure enti posti nell'ambito di 20 metri da esse;**
7. **mancata o anomala produzione o distribuzione di energia elettrica**, termica ed idraulica, mancato od anormale funzionamento di apparecchiature elettroniche, di impianti di riscaldamento o condizionamento **purché conseguenti ad eventi prima indicati che abbiano colpito le Cose assicurate oppure enti posti nell'ambito di 20 metri da esse;**
8. **fenomeno elettrico** scariche od altri fenomeni elettrici da qualsiasi motivo occasionati, a:
 - macchine ed impianti elettrici ed elettronici, apparecchi e circuiti facenti parte del fabbricato assicurato;
 - macchinari ed attrezzature facenti parte del Contenuto assicurato.



Sono esclusi i Danni:

- causati da usura o da carenza di manutenzione;
- verificatisi in occasione di montaggi e smontaggi non connessi a lavori di manutenzione e revisione, nonché i Danni verificatisi durante le operazioni di collaudo e prova;
- dovuti a difetti noti all'Assicurato o al Contraente all'atto della stipula della Polizza, nonché quelli dei quali deve rispondere, per legge o contratto, il costruttore o il fornitore;
- alle lampade elettriche, alle Insegne luminose, alle valvole termoioniche ed ai fusibili;
- ai trasformatori elettrici e generatori di corrente posti all'aperto ed all'esterno del fabbricato.

Relativamente al fenomeno elettrico, l'Assicuratore non pagherà somma superiore al 5% del Capitale assicurato per l'Incendio del fabbricato e per l'Incendio del contenuto, con il limite massimo di Euro 5.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di uno Scoperto del 10% con il minimo di Euro 300,00 che rimarrà a carico dell'Assicurato.

L'assicurazione è prestata a Primo rischio assoluto; pertanto, in caso di Sinistro, non si applicherà la regola proporzionale di cui all'art. 1907 c.c;

9. fenomeni atmosferici quali:

- i. grandine, uragani, tempeste, trombe d'aria, vento e quanto da essi trasportato, quando detti fenomeni siano caratterizzati da violenza riscontrabile dagli effetti prodotti su una pluralità di Cose, assicurate o non, poste nelle vicinanze;
- ii. bagnamento, verificatosi all'interno dei Fabbricati a seguito di rotture, brecce o lesioni provocate al Tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza dei fenomeni di cui sopra.

Sono esclusi i Danni causati da:

- intasamento o traboccamento di gronde o pluviali con o senza rottura degli stessi;
- fuoriuscita dalle usuali sponde di corsi o bacini d'acqua naturali od artificiali;
- mareggiata e penetrazione di acqua marina;
- formazione di ruscelli, accumulo esterno di acqua, rottura o rigurgito dei sistemi di scarico;
- gelo, sovraccarico di neve, salvo quanto previsto al punto 11. "sovraccarico neve";
- umidità, stillicidio, trasudamento, infiltrazione;
- cedimento, franamento o smottamento del terreno; ancorché verificatisi a seguito dei fenomeni di cui ai punti "i" e "ii" di cui sopra;
- subiti da:
 - alberi, cespugli, coltivazioni floreali ed agricole in genere;
 - recinti, cancelli, gru, cavi aerei, ciminiere e camini, insegne, antenne;
 - impianti fotovoltaici, impianti solari e simili installazioni esterne;
 - enti all'aperto, ad eccezione dei serbatoi ed impianti fissi per natura e destinazione;
 - Fabbricati o tettoie aperti da uno o più lati od incompleti nelle coperture o nei serramenti (anche se per temporanee esigenze di ripristino conseguenti o non a Sinistro), capannoni pressostatici, tensostrutture, tendostrutture e simili, baracche di legno o plastica, e quanto in essi contenuto;
 - serramenti, vetrate e lucernari in genere, a meno che derivanti da rotture o lesioni subite dal Tetto o dalle pareti;
 - Lastre di fibrocemento o cemento-amianto e manufatti in materia plastica per effetto di grandine, salvo quanto previsto al punto 10. "grandine su elementi fragili";
 - serre ed al loro Contenuto, salvo quanto indicato al punto 6. "Danni alle serre per eventi atmosferici" dell'Art. 127 - Settore agricoltura, tende esterne e tende frangisole;
 - granaglie sullo stelo, a piante e colture.

Relativamente ai fenomeni atmosferici:

- il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di uno Scoperto pari al 10% dell'Indennizzo dovuto con il minimo di Euro 500,00;
- in nessun caso l'Assicuratore pagherà, per singolo Sinistro, importo superiore al 70% del Capitale assicurato per l'Incendio del fabbricato e per l'Incendio del contenuto.

10. grandine su elementi fragili quali:

- serramenti, vetrate e lucernari in genere;
- Lastre di cemento-amianto, fibrocemento e manufatti di materia plastica;

anche se facenti parte di Fabbricati o tettoie aperte da uno o più lati, con esclusione delle Serre e del loro Contenuto salvo quanto indicato al punto 6. "Danni alle serre per eventi atmosferici" dell'Art. 127 - Settore agricoltura.

Relativamente alla grandine su elementi fragili:

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

- il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia di Euro 500,00;
- in nessun caso l'Assicuratore pagherà, per uno o più Sinistri che avvengano in ciascun anno assicurativo, importo superiore a Euro 15.000,00.

11. **sovraccarico neve** compresi gli eventuali Danni di bagnamento all'interno dei locali aziendali ed al Contenuto della stessa, purché avvenuti a seguito di crollo totale o parziale del Tetto o delle pareti esterne per effetto del peso della neve.

Sono esclusi i Danni causati:

- ai Fabbricati non conformi alle vigenti norme al momento della costruzione o successiva ristrutturazione delle strutture portanti del Tetto relative ai sovraccarichi di neve ed al loro Contenuto;
- ai Fabbricati in costruzione o in corso di rifacimento (a meno che detto rifacimento sia ininfluente ai fini della presente Garanzia) ed al loro Contenuto;
- alle Serre, ai capannoni pressostatici, tensostrutture, tendostrutture ed al loro Contenuto;
- ai serramenti, vetrate e lucernari in genere, insegne, antenne, pannelli fotovoltaici, pannelli solari e simili installazioni esterne, nonché all'impermeabilizzazione, a meno che il loro danneggiamento sia causato da crollo totale o parziale del fabbricato in seguito al sovraccarico di neve;
- da valanghe e slavine;
- da gelo, da qualunque causa prodotto.

Relativamente al sovraccarico neve:

- il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di uno Scoperto pari al 10% dell'Indennizzo medesimo con il minimo di Euro 1.000,00;
- in nessun caso l'Assicuratore pagherà, per singolo Sinistro, un importo superiore al 50% del Capitale assicurato per l'Incendio del fabbricato e per l'Incendio del contenuto, con il limite di Euro 150.000,00 per uno o più Sinistri che avvengano in ciascun anno assicurativo.

12. **fuoriuscita di acqua condotta** a seguito di rottura accidentale di impianti idrici, igienici e tecnici esistenti nei Fabbricati assicurati o contenenti le Cose stesse.

Sono esclusi i Danni:

- causati da umidità, stillicidio, traboccamento o rigurgito di fognature o altri condotti, gelo, rottura degli impianti automatici di estinzione;
- alle merci poste ad altezza inferiore a cm 12 dal suolo;
- derivanti da traboccamenti, rigurgiti o rotture fognature;
- da usura, corrosione, difetti di materiali o carenza di manutenzione.

Relativamente ai Danni derivanti da fuoriuscita di acqua condotta:

- il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia di Euro 250,00;
- in nessun caso l'Assicuratore pagherà, per uno o più Sinistri che avvengano in ciascun anno assicurativo, importo superiore ad Euro 150.000,00.

13. **ricorso terzi.**

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato delle somme che egli sia tenuto a corrispondere per capitale, interessi e spese - quale civilmente responsabile ai sensi di legge - per Danni diretti cagionati alle Cose di terzi da Incendio, Esplosione e Scoppio non causato da ordigni esplosivi. L'assicurazione è estesa ai danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali - dell'utilizzo di beni, nonché di Attività industriali, commerciali, agricole o di servizi, sino alla concorrenza, per singolo Sinistro, del 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del fabbricato e per l'Incendio del contenuto.

Sono esclusi i Danni:

- a Cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, salvo i veicoli dei dipendenti, Addetti, clienti e fornitori dell'Assicurato stesso ed i mezzi di trasporto sotto carico e scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni, nonché le Cose sugli stessi trasportate;
- di qualsiasi natura conseguenti ad inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo. Non sono comunque considerati terzi;
- il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché ogni altro parente e/o affine se con lui convivente;
- quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il Legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al punto precedente;
- le società le quali rispetto all'Assicurato, che non sia una persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate, ai sensi dell'art. 2359 c.c, nonché, delle società medesime, l'amministratore, il Legale rappresentante e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui ai punti precedenti.

Relativamente al ricorso terzi:

- il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia pari ad



Euro 1.000,00;

- in nessun caso l'Assicuratore pagherà, per singolo Sinistro, un importo superiore al 20% del Capitale assicurato per l'Incendio del fabbricato e per l'Incendio del contenuto, con il limite massimo di Euro 500.000,00 per Sinistro.

14. Danni indiretti (interruzione d'esercizio)

Nel caso di forzata inattività dell'azienda/esercizio assicurato, causata da Sinistro indennizzabile a termini della presente Sezione, l'Assicuratore riconosce all'Assicurato una diaria giornaliera fino ad Euro 300,00 per ogni giorno lavorativo di totale forzata inattività, per le spese di carattere fisso ed insopprimibile relative a salari, stipendi, canoni di locazione, canoni fissi per servizi e/o manutenzioni.

Qualora detta forzata inattività fosse parziale, cioè riguardasse solo parte dell'esercizio assicurato, l'importo massimo giornaliero suindicato è ridotto della metà.

Sono esclusi i Danni conseguenti a prolungamento ed estensione dell'inattività causati da:

- scioperi, serrate, provvedimenti imposti dalle autorità;
- difficoltà di ricostruzione, ripristino o rimpiazzo delle Cose distrutte o danneggiate imputabili a cause esterne quali regolamenti urbanistici locali o statali o altre norme di legge;
- difficoltà di reperimento delle merci o dei macchinari imputabili ad eventi eccezionali o di forza maggiore quali, a titolo di esempio, disastri naturali, scioperi che impediscano o rallentino la fornitura di materiali, stati di guerra.

Il pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato previa detrazione dell'importo della diaria relativo ai primi 7 giorni lavorativi, compreso quello del Sinistro.

La presente copertura è prestata per una interruzione massima complessiva di 90 giorni.

15. merci in refrigerazione (mancato freddo)

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti subiti dalle merci in refrigerazione a causa di:

- mancata od anormale produzione o distribuzione del freddo;
- fuoriuscita del liquido frigorifero; e conseguenti al verificarsi di:
- un evento assicurato ai termini della Sezione 12 - Incendio;
- guasti o rotture accidentali dell'impianto frigorifero o nei relativi dispositivi di controllo e sicurezza, nonché nei sistemi di adduzione dell'acqua e di produzione o distribuzione dell'energia elettrica direttamente pertinenti all'impianto stesso.

Sono esclusi i Danni:

- dei quali debba rispondere il fornitore per difetto di costruzione o di installazione;
- derivanti da errata manovra e da scarso rendimento degli impianti;
- alle merci poste su automezzi.

La copertura ha effetto solo se la mancata od anormale produzione o distribuzione del freddo ha avuto durata continuativa pari o superiore a 12 ore.

Fermo quanto sopra indicato, l'Assicuratore non risponde dei Danni per le merci assicurate causati da mancata erogazione di energia preavvisata o programmata da parte dell'ente fornitore dell'energia stessa.

L'Assicuratore non pagherà somma superiore ad Euro 10.000,00 per Sinistro ed anno assicurativo.

Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia fissa pari ad Euro 1.000,00.

16. eventi sociopolitici e dolosi quali tumulti popolari, scioperi, sommosse o compiuti, individualmente o in associazione, atti vandalici o dolosi, compresi quelli di terrorismo o sabotaggio.

Sono esclusi i Danni:

- causati da dolo del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti Legali o dei soci a responsabilità illimitata;
- di inondazione o frana;
- di Rapina, estorsione, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere;
- di fenomeno elettrico a macchine ed impianti elettrici ed elettronici, apparecchi e circuiti compresi;
- subiti dalle merci in refrigerazione per effetto di mancata o anormale produzione o distribuzione del freddo o di fuoriuscita del fluido frigorifero;
- causati da interruzione di processi di lavorazione, da mancata o anomala produzione o distribuzione di energia, da alterazione di prodotti conseguente alla sospensione del lavoro, da alterazione od omissione di controlli o manovre;
- verificatisi nel corso di confisca, sequestro, requisizione degli enti assicurati per ordine di qualunque autorità, di diritto o di fatto, od in occasione di serrata;
- da imbrattamento;
- alle Serre ed al loro Contenuto.



Sono inoltre esclusi i costi o le spese derivanti direttamente od indirettamente da contaminazione nucleare, biologica o chimica.

L'Assicuratore, ferme le condizioni sopra richiamate, indennizza anche i Danni avvenuti nel corso di occupazione non militare della proprietà in cui si trovino gli enti assicurati, con avvertenza che, qualora l'occupazione medesima si protrasse per oltre 5 giorni consecutivi, l'Assicuratore non risponderà dei Danni anche se verificatisi durante il suddetto periodo.

Relativamente agli eventi sociopolitici e dolosi:

- il pagamento sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di uno Scoperto pari al 10% dell'Indennizzo dovuto con il minimo di Euro 1.000,00;
- in nessun caso l'Assicuratore pagherà, per uno o più Sinistri che avvengano nel periodo di assicurazione pattuito per l'estensione medesima, importo superiore al 70% del Capitale assicurato, rispettivamente per l'Incendio del fabbricato e per l'Incendio del contenuto.

17. anticipo indennizzi

L'Assicurato ha diritto di chiedere e ottenere, prima della liquidazione del Sinistro, il pagamento di un acconto fino al massimo del 50% dell'importo ragionevolmente presumibile del Sinistro stesso a condizione che non siano sorte contestazioni sulla indennizzabilità e che l'ammontare del Sinistro superi sicuramente l'importo di Euro 100.000,00.

L'obbligazione dell'Assicuratore dovrà essere soddisfatta entro 90 giorni dalla data di denuncia del Sinistro, purché siano trascorsi almeno 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo e purché l'Assicurato o il Contraente abbiano adempiuto agli obblighi previsti dall'Art. 130 - "Obblighi in caso di sinistro". Il pagamento definitivo dell'Indennizzo sarà effettuato entro 30 giorni dall'atto di liquidazione amichevole o arbitrale. Quando si tratti di immobili, prima del pagamento sia dell'eventuale anticipo che dell'Indennizzo, l'Assicurato o il Contraente devono esibire all'Assicuratore i certificati che comprovino l'assenza di iscrizioni ipotecarie o altre iscrizioni pregiudizievoli di cui all'art. 2742 c.c.. Verificata l'operatività della Garanzia, valutato il Danno e ricevuta la documentazione necessaria per individuare l'avente diritto al pagamento dell'Indennizzo, l'Assicuratore provvede al pagamento definitivo dello stesso entro 30 giorni, sempre che non sia stata fatta opposizione. Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del Sinistro, il pagamento sarà effettuato qualora dal procedimento stesso risulti che il Sinistro non sia stato causato da dolo dell'Assicurato medesimo o dal Contraente.

18. caduta di ascensori e montacarichi a seguito di rottura di congegni.

19. le spese sostenute dall'Assicurato per la sostituzione di Lastre ed insegne, danneggiate o distrutte a seguito di rotture per cause accidentali, con altre aventi caratteristiche uguali od equivalenti.

Fermo restando che il Capitale assicurato per le Garanzie Incendio del fabbricato Incendio del contenuto indicato in Polizza rappresenta la massima esposizione dell'Assicuratore, quando conseguenti agli eventi previsti in Polizza e nel rispetto dei Capitali assicurati la Società indennizza:

- a) i guasti causati alle Cose assicurate per ordine dell'autorità allo scopo di impedire o di arrestare i Danni derivanti dagli eventi prima indicati;
- b) le spese ragionevolmente sostenute per demolire, sgomberare, trattare e trasportare a discarica i residui del Sinistro indennizzabile a termini della presente Sezione - esclusi comunque sia quelli rientranti nella categoria "Tossici e nocivi" di cui al D.P.R. n° 915/82 e successive modificazioni ed integrazioni, sia quelli radioattivi disciplinati dal D.P.R. n° 185/64 e successive modificazioni ed integrazioni - fino alla concorrenza del 10% dell'Indennizzo a termini di Polizza;
- c) le spese sostenute per la rottura e per il ripristino delle parti in muratura e per la riparazione dell'impianto quando vi sia stata rottura accidentale dello stesso e conseguenti fuoriuscite d'acqua.

Agli effetti del presente punto c):

- il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia pari ad Euro 150,00;
- in nessun caso l'Assicuratore pagherà somma maggiore di Euro 3.500,00, per uno o più Sinistri che avvengano nel periodo di assicurazione;
- d) le spese e gli onorari di competenza del perito che il Contraente avrà scelto e nominato conformemente al disposto delle Condizioni di Assicurazione, nonché la quota parte di spese ed onorari a carico del Contraente a seguito di nomina del terzo Perito.

La copertura è prestata entro il limite del 1% dell'Indennizzo con il massimo di Euro 3.500,00 per Sinistro.

Sono esclusi i Danni:

- verificatisi in occasione di:
 - riparazione e/o rimozione di Lastre ed insegne;
 - operazioni di trasloco;
 - lavori di ristrutturazione o di restauro dei locali;
- relativi a Lastre ed insegne che alla data di entrata in vigore della presente Garanzia non fossero integre od esenti da difetti;
- subiti da lucernari o da Lastre ed insegne aventi valore artistico;
- subiti da insegne a seguito di surriscaldamento o corto circuito.

Le rigature, scheggiature e screpolature delle Lastre ed insegne assicurate non costituiscono rotture indennizzabili a termini di Polizza.



Agli effetti del presente punto 19:

- l'Assicuratore non pagherà somma superiore ad Euro 3.000,00 per Sinistro ed anno assicurativo;
- il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia fissa pari ad Euro 250,00;
- l'Assicuratore indennizza altresì i Danni alle Cose assicurate causati da rottura di Lastre o insegne assicurate fino alla concorrenza del 15% dell'Indennizzo liquidato per le Lastre danneggiate o distrutte ed in aggiunta a quest'ultimo;
- la copertura è prestata a Primo rischio assoluto, pertanto in caso di Sinistro non si applicherà la regola proporzionale di cui all'art. 1907 c.c.

20) la perdita delle pigioni relative al fabbricato rimasto danneggiato per il periodo necessario al suo ripristino, con un massimo di 3 mensilità per Sinistro e per un importo complessivo non superiore ad Euro 3.000,00, previa detrazione di una Franchigia di Euro 150,00, per ciascun Sinistro.

Sono esclusi i Danni causati da ritardi nel ripristino di locali danneggiati, anche se dovuti a cause eccezionali, o da ritardi di locazione od occupazione dei locali ripristinati.

C. GARANZIA RISCHIO LOCATIVO

L'Assicuratore, nei casi di responsabilità dell'Assicurato a termini degli artt. 1588, 1589 e 1611 c.c., indennizza, secondo le condizioni di assicurazione e con le norme che regolano il sinistro per la Sezione Incendio, i Danni materiali direttamente cagionati da Incendio, Esplosione, Scoppio e fumo, anche se causati con colpa grave dell'Assicurato, ai locali tenuti in locazione dallo stesso.

Salvo il caso di dolo, l'Assicuratore rinuncia alla rivalsa verso l'Assicurato.

Art. 126 - Condizioni particolari per la garanzia Incendio del contenuto sempre valide ed operanti

Fermo restando che il Capitale assicurato per la Garanzia Incendio del contenuto indicato in Polizza rappresenta la massima esposizione dell'Assicuratore, le presenti condizioni particolari sono sempre valide e operanti:

1. Merci presso terzi

Le Garanzie prestate dalla presente Polizza si estendono alle merci di proprietà dell'Assicurato, quando queste si trovino presso:

- stabilimenti di terzi, in conto lavorazione o deposito;
- magazzini generali o doganali;
- esposizioni, fiere e mostre, nell'ambito del territorio dell'Unione Europea, alle quali l'Assicurato partecipi in qualità di espositore.

L'Assicuratore non pagherà, per singola ubicazione e per singolo Sinistro, somma superiore al 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto con il massimo di Euro 40.000,00.

2. Denaro, valori, gioielli, preziosi, pellicce, tappeti, quadri, collezioni, oggetti d'arte in genere

- Denaro, valori, gioielli, preziosi e pellicce verranno indennizzati fino alla concorrenza del 5% della Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo con il limite massimo di Euro 2.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo. Se custoditi in cassaforte con congegni di chiusura attivati, verranno invece indennizzati fino alla concorrenza del 20% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 10.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.
- Tappeti, quadri, collezioni, oggetti d'arte in genere, verranno indennizzati fino alla concorrenza del 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 5.000,00 per singolo oggetto e di Euro 25.000,00 per singola raccolta o collezione.

3. Universalità

Qualora con la presente Polizza venga assicurato tutto quanto costituisce il complesso descritto, fatta eccezione per l'area dello stesso, se una determinata Cosa od un determinato oggetto non trovasse precisa assegnazione in una delle voci della presente Polizza, in caso di Sinistro la cosa o l'oggetto verranno attribuiti all'Incendio del contenuto.

4. Contenuto all'aperto

Relativamente all'Incendio del contenuto i macchinari e le merci, si intendono in Garanzia in conseguenza di un Sinistro indennizzabile a termini della Sezione 12 - Incendio, anche se tali Cose si trovino all'aperto nell'area di pertinenza dell'azienda, fermo quanto previsto dalle esclusioni indicate per le singole coperture. L'Assicuratore non pagherà, per singola ubicazione e per singolo Sinistro, somma superiore ad Euro 100.000,00.

5. Selling price



Se a seguito di Sinistro indennizzabile, risultano danneggiate merci vendute in attesa di consegna, purché non siano assicurate dall'acquirente, l'Indennizzo sarà basato sul prezzo di vendita convenuto, dedotte le spese risparmiate per la mancata consegna e le imposte dovute dall'acquirente.

La presente pattuizione è operante a condizione che:

- le merci danneggiate non possano essere sostituite con equivalenti merci illese o altrimenti producibili in tempi brevi;
- l'avvenuta vendita risulti comprovata per iscritto tramite atti o documenti di data certa e anteriore al sinistro e la cui consegna sia contrattualmente predeterminata.

6. Contenuto delle Dipendenze

Si intendono assicurate le Cose costituenti il Contenuto, anche in locali costituenti magazzini o depositi accessori all'Attività assicurata ubicati nell'ambito dell'esercizio assicurato, nonché in Dipendenze dove comunque non si effettui Attività di vendita.

Art. 127 - Estensioni di garanzia per specifici settori

Fermo restando che il Capitale assicurato per le Garanzie Incendio del fabbricato e Incendio del contenuto indicato in Polizza rappresenta la massima esposizione dell'Assicuratore, le presenti estensioni sono sempre valide e operanti per ciascun Settore di appartenenza, previa applicazione di Franchigie e Scoperti specifici:

a) Settore Agricoltura

Le presenti coperture sono sempre valide ed operanti a condizione che sia assicurata con la presente Polizza l'**Incendio del contenuto**.

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad una Attività appartenente al Settore Agricoltura (compresa Attività di agriturismo), ad integrazione di quanto previsto dal glossario alla voce Contenuto e nei limiti del Capitale assicurato, la Garanzia **Incendio del contenuto** comprende:

1. Perdita Bestiame compresa asfissia, intossicazione e folgorazione

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti arrecati al Bestiame assicurato - sia sottotetto che all'aperto, **entro i confini dell'azienda agricola o sui pascoli compreso l'alpeggio e sulle strade che ivi conducono** - causati da:

- a) Incendio, fulmine, Esplosione, Scoppio ed Implosione, caduta di aeromobili, veicoli spaziali e satelliti artificiali, loro parti o Cose da essi trasportate, onda di pressione provocata dal superamento della velocità del suono da parte di aeromobili od oggetti in genere;
- b) azione del fumo generato da un funzionamento anormale e difettoso conseguente ad una rottura accidentale di un apparecchio di riscaldamento, **a condizione che tale apparecchio sia collegato ad un camino da una condotta di fumo;**
- c) urto di veicoli, **esclusi quelli di proprietà dell'Assicurato;**
- d) uragani, bufere, tempeste, grandine, trombe d'aria, vento e Cose da esse trasportate;
- e) asfissia e/o intossicazione derivanti da fumi, gas o vapori sviluppatasi a seguito di Incendio, Scoppio o Esplosione che abbia colpito le Cose assicurate; folgorazione del Bestiame per effetto di guasti agli impianti elettrici o ai meccanismi azionati da energia elettrica, purché tali impianti siano efficacemente collegati a terra.

L'Assicuratore non pagherà somma superiore al 40% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, con il limite massimo di Euro 30.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo e di Euro 2.000,00 per singolo capo.

Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia fissa pari ad Euro 500,00.

2. Danni al Foraggio compresa autocombustione e fermentazione

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti arrecati al Foraggio assicurato - posto sottotetto ai Fabbricati nonché all'aperto - **purché entro i confini dell'azienda agricola assicurata**, causati da:

- a) Incendio, fulmine, Esplosione, Scoppio ed Implosione, caduta di aeromobili, veicoli spaziali e satelliti artificiali, loro parti o Cose da essi trasportate, onda di pressione provocata dal superamento della velocità del suono da parte di aeromobili od oggetti in genere;
- b) azione del fumo sui raccolti immagazzinati, **se c'è stato Incendio o principio di Incendio;**
- c) azione del fumo generato da un funzionamento anormale e difettoso di un apparecchio di riscaldamento conseguente ad una rottura accidentale, **a condizione che questo apparecchio sia collegato ad un camino da una condotta di fumo;**
- d) urto di veicoli, **esclusi quelli di proprietà dell'Assicurato;**
- e) uragani, bufere, tempeste, grandine, trombe d'aria, vento e Cose da esse trasportate;
- f) autocombustione spontanea e/o fermentazione anormale, anche senza sviluppo di fiamma, che determinino alterazioni tali da non permetterne l'utilizzo al quale è destinato. Sono comprese le spese che l'Assicurato sostiene per provvedere allo smassamento dei cumuli danneggiati.

L'Assicuratore non pagherà somma superiore al 25% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 100.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.



Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia pari ad Euro 1.500,00.

3. Danni alle coltivazioni

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti, sia sottoserra che a pieno campo:

- alla produzione delle coltivazioni erbacee ed arboree;
- all'impianto delle coltivazioni arboree che comportino una perdita totale e definitiva ed irreversibile della capacità produttiva;

causati da:

- a. Incendio, fulmine, Esplosione, Scoppio ed Implosione, caduta di aeromobili, veicoli spaziali e satelliti artificiali, loro parti o Cose da essi trasportate, onda di pressione provocata dal superamento della velocità del suono da parte di aeromobili od oggetti in genere;
- b. fumo;
- c. urto di veicoli, **esclusi quelli di proprietà dell'Assicurato.**

Sono in ogni caso escluse le piantagioni di resinose, pioppi, querce da sughero, canapa e granaglie sullo stelo.

L'Assicuratore non pagherà somma superiore al 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 15.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia fissa pari ad Euro 1.500,00.

4. Danni da spargimento di liquidi

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti derivanti da dispersione di vino, olio e latte causata da rottura o guasto accidentale dei relativi contenitori o delle loro valvole e rubinetti, nonché i Danni arrecati alle altre Cose assicurate dal liquido disperso.

Sono esclusi i Danni:

- a. **da stillicidio, usura, corrosione, logorio od imperfetta tenuta strutturale dei contenitori;**
- b. **da dispersione da contenitori di capacità inferiore a 100 litri;**

Sono altresì escluse le spese sostenute per la ricerca della rottura o guasto per la sua riparazione.

L'Assicuratore non pagherà somma superiore al 25% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più

Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 10.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia fissa pari ad Euro 500,00.

5. Danni ai beni di proprietà dei clienti dell'agriturismo

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad una struttura agrituristica, ad integrazione di quanto previsto dal glossario alla voce Contenuto, la Garanzia **Incendio** comprende:

- a. le Cose di uso personale (quali vestiario, indumenti, telefoni cellulari, videocamere e simili, esclusi Denaro e valori in genere) portate dai clienti - consegnate e non consegnate - **con il limite di Euro 3.000,00 per singolo oggetto e con il massimo del 30% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo;**
- b. Denaro e valori dei clienti in genere consegnati in custodia alla struttura agrituristica, **con il massimo del 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo e fino alla concorrenza di un importo pari ad Euro 2.500,00 per singolo Sinistro;**
- c. i veicoli a motore dei clienti custoditi nell'autorimessa, nel parcheggio o nell'area recintata ad uso esclusivo della struttura ricettiva **con il limite di Euro 30.000,00 per singolo veicolo e con il massimo del 30% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.**

Resta escluso il Bagaglio lasciato all'interno dell'autovettura e non portato nella camera dal cliente.

6. Danni alle Serre per eventi atmosferici (copertura sempre valida ed operante a condizione che siano assicurati in Polizza l'Incendio del fabbricato e del contenuto)

L'Assicuratore, a parziale deroga di quanto previsto ai punti 9. "fenomeni atmosferici" e 10. "grandine su elementi fragili" dell'art. 125 – "Oggetto dell'Assicurazione", indennizza i Danni materiali e diretti alle Serre:

- con copertura in vetro;
- con copertura in plastica rigida; ed al loro Contenuto, causati da:
 - a. grandine, uragani, tempeste, trombe d'aria, vento e quanto da essi trasportato, quando detti fenomeni siano caratterizzati da violenza riscontrabile dagli effetti prodotti su una pluralità di Cose, assicurate o non, poste nelle vicinanze;



- b. bagnamento, verificatosi all'interno delle Serre a seguito di rotture, brecce o lesioni provocate al Tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza dei fenomeni di cui sopra.

L'Assicuratore pagherà:

- per le Serre con copertura in vetro ed al loro Contenuto, una somma non superiore al 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del fabbricato, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 15.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, previa applicazione di una Franchigia pari ad Euro 1.500,00.
- per le Serre con copertura in plastica rigida ed al loro Contenuto, una somma non superiore al 20% del Capitale assicurato per l'Incendio del fabbricato, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 30.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, previa applicazione di una Franchigia pari ad Euro 1.500,00.

- b) Settore Turismo e ristorazione (coperture valide ed operanti a condizione che sia assicurato in Polizza l'Incendio del contenuto)

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad un albergo, pensioni, B&B, ad integrazione di quanto previsto dal glossario alla voce Contenuto e nei limiti del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, la Garanzia Incendio comprende:

1. Danni ai beni di proprietà dei clienti dell'albergo, pensioni, B&B

La copertura si intende operante per:

- a. le Cose di uso personale (quali vestiario, indumenti, telefoni cellulari, videocamere e simili, esclusi Denaro e valori in genere) portate dai clienti - consegnate e non consegnate con il limite di Euro 3.000,00 per singolo oggetto e con il massimo del 30% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo;
- b. Denaro e valori dei clienti in genere consegnati in custodia alla struttura ricettiva, con il massimo del 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo e fino alla concorrenza di un importo pari ad Euro 2.500,00 per singolo Sinistro;
- c. i veicoli a motore dei clienti custoditi nell'autorimessa, nel parcheggio o nell'area recintata ad uso esclusivo della struttura ricettiva con il limite di Euro 30.000,00 per singolo veicolo e con il massimo del 30% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.

Resta escluso il Bagaglio lasciato all'interno dell'autovettura e non portato nella camera dal cliente.

- c) Settore Commercio (coperture valide ed operanti a condizione che sia assicurato in Polizza l'Incendio del contenuto)

1. Danni da esercizio di commercio ambulante

La copertura assicurativa si intende operante anche per l'Attività di commercio ambulante su suolo pubblico a tale uso destinato o in aree pubbliche attrezzate o in mercati anche coperti (esclusi quelli all'ingrosso). Le merci, l'arredamento e le attrezzature relative all'Attività esercitata, comprese nell'Incendio del contenuto, sono assicurate sia quando si trovino negli spazi ove si svolge il commercio ambulante, sia all'interno dell'automezzo ivi parcheggiato utilizzato dal Contraente/Assicurato per effettuare tale Attività.

Sono comunque esclusi i Danni all'automezzo stesso e i Danni materiali subiti da merci in refrigerazione per effetto di mancata o anormale produzione o distribuzione del freddo o di fuoriuscita del fluido frigorigeno.

Non verranno indennizzati in alcun caso i Danni attribuibili direttamente o indirettamente ai punti 9. "fenomeni atmosferici", 10. "grandine su elementi fragili", 11. "sovraccarico neve" e 16. "eventi sociopolitici e dolosi" dell'art. 125 – "Oggetto dell'Assicurazione".

2. Perdita Fustelle farmaceutiche (farmacie)

L'Assicuratore, in caso di Sinistro indennizzabile a termini della presente Sezione, indennizza i Danni direttamente causati dalla distruzione delle Fustelle farmaceutiche.

L'Assicuratore non pagherà somma superiore al 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto, per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 7.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

- d) Settore Industria e Artigianato (coperture valide ed operanti a condizione che sia assicurato in Polizza l'Incendio del contenuto)

1. Veicoli e/o natanti di terzi in consegna o custodia

A parziale deroga della definizione Contenuto, la copertura assicurativa si intende operante anche per i veicoli e/o natanti iscritti al P.R.A. per quelle tipologie di Attività (es. carrozzerie, officine di riparazione, elettrauto, autolavaggi, attività di allestimento di veicoli o camper, costruzione o riparazione di natanti, ecc.) che usualmente nel rischio assicurato detengono veicoli o natanti di clienti in attesa di riparazione/lavorazione o in custodia, a condizione che gli stessi siano ricoverati all'interno dei Fabbricati indicati in Polizza



e non siano riposti all'aperto.

L'Assicuratore non pagherà somma superiore al 10% del Capitale assicurato per l'Incendio del contenuto per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 15.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo. Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, di una Franchigia pari ad Euro 1.500,00.

I SEGUENTI ARTICOLI SI INTENDONO VALIDI ED OPERANTI PER TUTTA LA SEZIONE 10 - INCENDIO.

Art. 128 - Esclusioni

Sono esclusi i Danni, oltre a quelli già esclusi alle singole coperture:

- a. verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il Sinistro non abbia avuto alcun rapporto con tali eventi e salvo quanto riportato al punto 16. - "Eventi sociopolitici e dolosi" dell'Art. 125 - "Oggetto dell'assicurazione";
- b. verificatisi in occasione di Esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il Sinistro non abbia avuto alcun rapporto con tali eventi;
- c. causati da terremoto, da eruzioni vulcaniche, da inondazioni, da alluvioni, da maremoti e mareggiate;
- d. di smarrimento o di Furto delle Cose assicurate avvenuto in occasione degli eventi per i quali è prestata l'assicurazione;
- e. alla macchina od all'impianto nel quale si sia verificato uno Scoppio o una Implosione, se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetti di materiale;
- f. indiretti, quali cambiamenti di costruzione, mancanza di locazione, di godimento o di reddito commerciale od industriale, sospensione di lavoro o qualsiasi Danno che non riguardi la materialità delle Cose assicurate, fermo quanto disposto dal punto 14. "Danni indiretti (interruzione d'esercizio)" dell'art. 125 - "Oggetto dell'Assicurazione";
- g. causati con dolo del Contraente o dell'Assicurato, dei Legali rappresentanti, dell'amministratore o dei soci a responsabilità illimitata;
- h. al contenuto di forni, muffole, apparecchi di torrefazione o tostatori causati dall'azione diretta della fiamma o dal calore del focolare;
- i. causati da gelo;
- j. da avvelenamento del Bestiame;
- k. da cedimento, franamento o smottamento del terreno.

Art. 129 - Caratteristiche costruttive per Operatività della garanzia - Rinuncia al diritto di rivalsa

Le condizioni ed i Premi dell'assicurazione della presente Sezione 12 - Incendio, sono convenuti sulla base delle "Dichiarazioni del Contraente" circa la circostanza che:

- a. i Fabbricati assicurati o contenenti i beni assicurati siano costruiti per almeno 8/10 con strutture portanti verticali, strutture portanti del Tetto, solai, pareti esterne, coperture e coibentazioni in materiali Incombustibili. Nei Fabbricati a più piani è tollerata la struttura portante del Tetto in legno; è considerato piano, a questi effetti, anche il solaio immediatamente sottostante il Tetto.
- b. nel rischio assicurato, venga rispettata la tolleranza di:
 - 1 Kg di Esplosivi;
 - 750 Kg di Merci speciali ovunque riposte nell'ambito dell'azienda;
 - 150 Kg di Infiammabili destinati alle lavorazioni ed alla manutenzione;
- c. nei Fabbricati assicurati non siano presenti cinema, teatri, sale da gioco, discoteche, sale da ballo, night club. Non si tiene conto di Infiammabili posti in serbatoi completamente interrati o nei serbatoi dei veicoli nonché di Infiammabili nelle tubazioni di distribuzione e quelli posti in deposito in Fabbricati separati da muro pieno o spazio vuoto nell'ambito dell'azienda o laboratorio. Non si tiene conto di Esplosivi, Infiammabili e Merci speciali esistenti nei locali non occupati dall'Assicurato.

Eventuali deroghe alle condizioni di operatività di cui sopra devono essere indicate in Polizza.

Eccettuato il caso di dolo, l'Assicuratore rinuncia al diritto di rivalsa derivante dall'art. 1916 del c.c., verso i dipendenti e i familiari dell'Assicurato, nonché verso le Società che rispetto all'Assicurato medesimo risultino controllate, consociate o collegate.



L'Assicuratore rinuncia altresì al predetto diritto di surroga verso i clienti dell'Assicurato, a patto che contemporaneamente anche l'Assicurato rinunci a qualsiasi pretesa nei loro confronti.

Art. 130 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato o il Contraente, deve darne avviso all'Assicuratore entro il termine di 3 giorni dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, specificando le circostanze dell'evento e l'importo approssimativo del Danno, nonché nel caso in cui l'evento sia di sospetta origine dolosa farne denuncia all'autorità giudiziaria o di polizia del luogo entro le 24 ore successive. L'Assicurato o il Contraente sono obbligati a conservare, fino alla liquidazione del Danno, le tracce ed i residui del Sinistro e gli indizi del reato eventualmente commesso, senza avere in nessun caso, per tale titolo, diritto all'indennità. L'Assicurato (o il Contraente) deve dare la dimostrazione della effettiva consistenza del Danno: deve pertanto tenere a disposizione tutti i documenti atti a fornire la dimostrazione suddetta.

Art. 131 - Determinazione dell'ammontare del danno per fabbricati, macchinari, mobilio ed arredamento, apparecchiatura di ufficio

La liquidazione dei Danni viene eseguita secondo le norme seguenti:

- a) Fabbricati, per il caso di:
 - Danno parziale: sono indennizzate le spese effettivamente sostenute per il ripristino della parte di Fabbricato danneggiato, dedotto il valore dei residui.
 - Danno totale: sono indennizzate le spese effettivamente sostenute per ricostruire il Fabbricato distrutto, dedotto il valore dei residui.
- b) Macchinari, mobilio ed arredamento ed apparecchiature, nel caso di:
 - Danno parziale: sono indennizzate le spese effettivamente sostenute per la rimessa della cosa danneggiata nello stato funzionale in cui la stessa si trovava immediatamente prima del Sinistro, dedotto il valore dei residui delle parti eventualmente sostituite.
 - Danno totale: sono indennizzate le spese effettivamente sostenute per il rimpiazzo della cosa distrutta, dedotto il valore dei residui.

Qualora l'Assicurato entro 1 anno non intenda riparare la cosa danneggiata, né ricostruire o rimpiazzare quella distrutta, egli avrà diritto all'Indennizzo determinato secondo il valore al momento del Sinistro.

Agli effetti dell'Indennizzo, resta convenuto che in nessun caso potrà comunque essere indennizzato, per ciascun Fabbricato, macchina od impianto, importo superiore al doppio del relativo valore al momento del Sinistro. L'assicurazione in base al Valore a nuovo riguarda soltanto Fabbricati, macchinari, attrezzatura di ufficio o impianti di reparti in stato di attività.

Art. 132 - Determinazione dell'ammontare del danno per merci

Si stabilisce:

1. il valore complessivo che avevano al momento del Sinistro tutte le merci assicurate, illese e danneggiate, tanto finite quanto in corso di fabbricazione;
2. dette merci vengono valutate in base al prezzo della materia greggia al giorno del Sinistro, aumentato delle spese di fabbricazione corrispondenti allo stato in cui le merci si trovavano al momento del Sinistro, nonché delle imposte di fabbricazione e diritti doganali pagati dall'assicurato e al netto dell'I.V.A., che avrebbe dovuto essere pagata dall'acquirente finale;
3. se le valutazioni così formate superassero i corrispondenti eventuali prezzi correnti sul mercato al giorno del Sinistro, questi ultimi dovranno essere applicati alle rispettive merci;
4. il valore delle merci illese, in base alla stima di cui al punto 1.;
5. il valore ricavabile dai residui del Sinistro.

L'Indennizzo è dato dal valore complessivo delle merci stimato al punto 1., dedotto il valore delle merci illese ed il valore ricavabile dai residui (stime 2. e 3.).

Art. 133 - Determinazione dell'ammontare del danno per bestiame e foraggio

Si stima il valore in relazione alla natura, qualità, eventuale svalutazione commerciale, compresi gli oneri fiscali. Ove le valutazioni così formulate superino i corrispondenti eventuali prezzi di mercato si applicano questi ultimi. L'ammontare del Danno si determina deducendo dal valore dei beni assicurati il valore dei residui, nonché gli oneri fiscali non dovuti all'erario.

Art. 134 - Determinazione dell'ammontare del danno per coltivazioni

Si stima:

- a) per la produzione, il valore delle quantità di prodotto ottenibile dalla coltivazione al termine del ciclo colturale in relazione alla modalità di coltivazione, alla qualità commerciale e ad ogni altra circostanza concomitante. L'ammontare dell'Indennizzo è determinato dalla quantità della produzione perduta;
- b) per l'impianto, il valore in relazione alle spese necessarie per la sostituzione delle piante danneggiate con altre della stessa



specie e coltivazione, idonee al trapianto per età e condizione, comprendendo nella stima le spese relative alla preparazione del terreno, l'acquisto delle piante, la messa a dimora, l'acquisto e la posa in opera delle strutture di sostegno.

L'entità del Danno si stabilisce calcolando il numero delle piante che abbiano subito la perdita totale definitiva ed irreversibile della capacità produttiva. L'ammontare dell'Indennizzo si determina al netto di un deprezzamento stabilito in relazione all'età ed alla vita residua dell'impianto stesso, allo stato di salute ed ogni altra circostanza concomitante, deducendo il valore di eventuali residui.

Art. 135 - Determinazione dell'ammontare del danno per cose di uso personale

Si stabilisce:

1. il valore complessivo che avevano al momento del Sinistro in relazione alla natura, qualità, eventuale svalutazione commerciale e/o degrado d'uso, compresi gli oneri fiscali;
2. il valore delle Cose illese, in base alla stima di cui al punto 1.;
3. il valore ricavabile dai residui del Sinistro.

L'Indennizzo è dato dal valore complessivo delle Cose stimato al punto 1., dedotto il valore delle Cose illese ed il valore ricavabile dai residui (stime 2. e 3.).

Art. 136 - Determinazione dell'ammontare del danno per "Strumenti e supporti specifici"

L'Indennizzo, in caso di danneggiamento o distruzione di "Strumenti e supporti specifici" è dato dal solo costo del materiale e le spese per le operazioni manuali e meccaniche di rifacimento.

L'Indennizzo sarà, comunque, limitato alle spese effettivamente sostenute entro il termine di 1 anno successivo al verificarsi del Sinistro.

Art. 137 – Assicurazione a Primo rischio assoluto delle Garanzie Incendio del Fabbricato e Rischio locativo

Le Garanzie Incendio del Fabbricato e Rischio locativo sono prestate nella forma a Primo rischio assoluto, cioè sino alla concorrenza del Capitale assicurato, senza applicazione della regola proporzionale prevista dall'art. 1907 c.c.

Art. 138 – Assicurazione a Primo rischio assoluto della Garanzia Incendio del Contenuto

La Garanzia Incendio del Contenuto è prestata nella forma a Primo rischio assoluto, cioè sino alla concorrenza del Capitale assicurato, senza applicazione della regola proporzionale prevista dall'art. 1907 c.c.

Art. 139 - Perizia contrattuale

Mancando l'accordo fra le parti sulla liquidazione dei Danni, la Controversia è deferita a due Periti, nominati dalle parti, uno per ciascuna: tali Periti, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza e saranno vincolanti fra le parti nei termini di cui all'Art. 140 - "Mandato dei Periti". Se una parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo perito, la scelta è fatta, ad istanza della parte più diligente, dal Presidente del Tribunale del luogo nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto.

Art. 140 - Mandato dei Periti

I Periti devono:

- indagare su circostanze, natura, cause e modalità del Sinistro;
- verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del Sinistro esistevano circostanze che abbiano aggravato il rischio e non siano state comunicate, nonché verificare se l'Assicurato (o il Contraente) abbia adempiuto agli obblighi di cui all'Art. 130 - "Obblighi in caso di sinistro";
- verificare l'esistenza, la qualità e la quantità delle Cose assicurate, determinandone il valore secondo i criteri di valutazione di cui agli Artt. 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138;
- procedere alla stima e alla liquidazione del Danno comprese le spese di salvataggio, di demolizione e sgombero. I risultati delle operazioni peritali concretati dai Periti concordi oppure dalla maggioranza in caso di perizia collegiale, devono essere raccolti in apposito verbale (con allegate le stime dettagliate) da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. I risultati delle valutazioni di cui ai punti 3. e 4. sono obbligatori per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza o violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente all'indennizzabilità dei Danni. La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia. I Periti sono dispensati da ogni formalità giudiziaria.

SEZIONE 13 – FURTO E RAPINA

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

Art. 141 - Oggetto dell'assicurazione



L'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti al Contenuto assicurato, provocati dagli eventi sotto riportati, nei limiti del Capitale assicurato e nelle ubicazioni indicate in Polizza, anche se di proprietà di terzi.

L'assicurazione è operante esclusivamente in Italia.

A. GARANZIA FURTO E RAPINA

Fermo quanto riportato dall'Art. 145 - "Esclusioni", sono garantiti gli eventi di seguito elencati:

1. Furto

La copertura è operante:

- a) se l'autore dello stesso si sia introdotto nei locali contenenti le Cose assicurate con Scasso cioè sfondando, rompendo, forzando o rimuovendo:
 - porte e/o finestre e/o vetri antisfondamento;
 - inferriate;
 - serrature e lucchetti o altri congegni di chiusura;
 - tetti, pareti, pavimenti, soffitti;o con uso fraudolento di chiavi utilizzando grimaldelli o arnesi simili, purché i mezzi di protezione e chiusura siano conformi e operanti a quanto disposto dall'Art. 148. - "Mezzi di protezione e chiusura";
- b) se l'autore dello stesso si sia introdotto nei locali contenenti le Cose assicurate senza Scasso, con impiego di agilità personale o con mezzi artificiosi per via diversa da quella ordinaria, attraverso aperture verso l'esterno, situate in linea verticale ad almeno 4 metri dal suolo, da superfici acquee o da ripiani accessibili e praticabili per via ordinaria dall'esterno;
- c) se l'autore dello stesso si sia introdotto nei locali contenenti le Cose assicurate in modo clandestino e abbia asportato la refurtiva a locali chiusi;
- d) anche senza introduzione nei locali assicurati, durante i periodi di esposizione diurna o serale;
- e) attraverso le maglie di saracinesche e di inferriate con rottura del vetro retrostante;
- f) con rottura dei vetri delle vetrine, purché efficacemente chiuse, durante l'orario di apertura al pubblico (tra le ore 8.00 e le 24.00), in presenza di Addetti all'esercizio.

2. Rapina

La copertura è operante se avvenuta nei locali assicurati anche nel caso in cui le persone sulle quali viene esercitata violenza o minaccia vengano prelevate all'esterno e siano costrette a recarsi nei locali stessi.

La Garanzia Furto e rapina è valida anche se il Furto e la Rapina sono commessi da dipendenti, in ore diverse da quelle relative agli orari di lavoro. Sono equiparati ai dipendenti:

- guardie giurate addette alla sorveglianza dei locali contenenti le Cose assicurate;
- dipendenti di imprese terze, addetti alla pulizia dei locali e quelli addetti alla manutenzione dei Fabbricati contenenti le Cose assicurate e relativi impianti, anche quando prestino servizi per l'Assicurato in via temporanea.

Art. 142 - Condizioni particolari sempre valide ed operanti

Fermo restando che il Capitale assicurato per la Garanzia Furto e rapina indicato in Polizza rappresenta la massima esposizione dell'Assicuratore, le presenti condizioni particolari sono sempre valide ed operanti, previa applicazione degli Scoperti previsti all'Art. 147, salvo i casi in cui sono previsti Franchigie e Scoperti specifici:

1. Infedeltà dei dipendenti

L'Assicuratore indennizza la perdita relativa a Denaro e valori di proprietà dell'Assicurato, causata da infedeltà dei dipendenti, intendendosi per tale il Furto, la Rapina, l'appropriazione indebita, la truffa commessi dai dipendenti nell'esercizio delle incombenze cui sono adibiti a condizione che:

- tanto gli atti idonei al compimento del reato, quanto la consumazione dello stesso siano avvenuti durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- il reato sia stato accertato dall'Assicurato entro il termine di un anno dalla consumazione.

Nel caso in cui da una stessa persona siano state compiute più azioni delittuose, l'Assicuratore risponderà solo se l'attività criminosa ha avuto inizio durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Qualora nel periodo intercorrente tra dette azioni l'assicurazione sia venuta a cessare, l'Assicuratore risponderà unicamente delle perdite derivate dalle azioni compiute anteriormente al termine dell'assicurazione, ancorché le violazioni di legge compiute prima o dopo tale termine siano considerate agli effetti penali come costituenti un unico reato.

La copertura è prestata con un limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo e con limite di risarcimento di Euro 2.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

2. Portavalori

L'Assicuratore assicura il risarcimento della perdita dei Valori, di proprietà dell'azienda, avvenuta durante il trasporto fuori dai locali



indicati in Polizza, in conseguenza di:

- scippo;
- rapina;
- furto in seguito ad Infortunio o improvviso malore della persona incaricata del trasporto;
- furto con destrezza, limitatamente ai casi in cui la persona incaricata del trasporto ha indosso o a portata di mano i Valori;
- commessi sulla persona dell'Assicurato, di suoi Familiari o di suoi dipendenti iscritti a libro paga mentre svolgono servizio esterno di trasporto.

L'assicurazione è operante a condizione che le persone incaricate del trasporto non abbiano minorazioni fisiche che le rendano inadatte al servizio di portavalori e siano di età non inferiore a 16 anni né superiore a 65.

La copertura è prestata con un limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo e con limite di risarcimento di Euro 2.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

3. Guasti ed atti vandalici cagionati dai ladri ai Fabbricati, Fissi ed infissi in occasione di Furto, tentato Furto, Rapina

L'Assicuratore indennizza i guasti ed atti vandalici cagionati dai ladri ai Fabbricati, Fissi ed infissi (esclusi macchinari e merci posti all'aperto) in occasione di:

- furto,
- tentato Furto,
- rapina

La copertura è prestata con un limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo e con limite di risarcimento di Euro 2.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

4. Furto e rapina di merci e macchinari presso terzi

L'Assicuratore indennizza il Furto e rapina di merci e macchinari presso terzi quando si trovino presso:

- stabilimenti di terzi, in conto lavorazione o deposito;
- magazzini generali o doganali;
- esposizioni, fiere, mostre, mercati, sfilate di moda, nell'ambito del territorio dell'Unione Europea.

La copertura è prestata con un limite d'Indennizzo massimo del 10% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.

5. Spese sanitarie documentate (esclusi i medicinali)

L'Assicuratore indennizza le spese relative ad eventuali Infortuni subiti dal titolare, Familiari o dipendenti nel corso di uno Scippo o Rapina indennizzabili a termine di Polizza.

La copertura è prestata con un limite d'Indennizzo di Euro 1.500,00 per Sinistro e per anno assicurativo.

6. Selling price

Se a seguito di Sinistro indennizzabile, risultano sottratte merci vendute in attesa di consegna, purché non siano assicurate dall'acquirente, l'Indennizzo sarà basato sul prezzo di vendita convenuto, dedotte le spese risparmiate per la mancata consegna e le imposte dovute dall'acquirente.

La presente pattuizione è operante a condizione che:

- le merci danneggiate non possano essere sostituite con equivalenti merci illese o altrimenti producibili in tempi brevi;
- l'avvenuta vendita risulti comprovata per iscritto tramite atti o documenti di data certa anteriore al Sinistro e la cui consegna sia contrattualmente predeterminata.

7. Cose all'aperto

Relativamente ai macchinari e alle merci la Garanzia Furto e rapina sono operanti anche se tali Cose si trovino all'aperto, purché nell'ambito dell'azienda e in area completamente recintata (muro alto almeno 4 metri o inferriate e cancellate di pari altezza) protetta da porte e/o cancelli regolarmente chiusi con adeguati congegni.

La copertura opera a condizione che l'autore del Furto si sia introdotto nell'area recintata violandone le difese esterne di protezione e chiusura mediante rottura, Scasso, effrazione, sfondamento ed è prestata con un limite d'Indennizzo massimo del 20% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.

Non sono compresi i valori posti all'interno di "distributori automatici" posti all'aperto.

Art. 143- Estensioni di garanzia per specifici settori

Fermo restando che il Capitale assicurato per la Garanzia Furto e rapina indicato in Polizza rappresenta la massima esposizione dell'Assicuratore, le presenti estensioni sono sempre valide ed operanti per ciascun Settore di appartenenza, previa applicazione degli Scoperti previsti all'Art. 147, salvo i casi in cui sono previsti Franchigie e Scoperti specifici:

a. SETTORE AGRICOLTURA

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad una Attività appartenente al Settore Agricoltura (compresa Attività di agriturismo),

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

ad integrazione di quanto previsto dal glossario alla voce Contenuto e nei limiti del Capitale assicurato, la Garanzia Furto e rapina comprende:

1. Furto del Bestiame

La Garanzia è estesa al Furto del Bestiame quando lo stesso è ricoverato nelle stalle o negli appositi Fabbricati nonché all'aperto in appositi recinti, purché ubicati nell'ambito dell'azienda agricola o agrituristica, violandone le difese esterne di protezione e chiusura mediante rottura, Scasso, effrazione, sfondamento.

La copertura è prestata con l'applicazione di uno Scoperto del 20%, il minimo di Euro 500,00, un limite d'Indennizzo massimo del 30% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo e con limite di risarcimento di Euro 2.000,00 a capo.

2. Cose portate o consegnate dai clienti dell'agriturismo

Le Garanzia comprendono:

- cose di uso personale portate dai clienti, consegnate e non consegnate in custodia (vestiario, indumenti, telefoni cellulari, videocamere e simili, esclusi Denaro, valori, gioielli, pellicce, preziosi in genere);

la copertura è prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, il minimo di Euro 500,00, un limite d'Indennizzo massimo del 15% del Capitale assicurato e con il limite di Euro 1.500,00 per oggetto;

- denaro e valori in genere, portati dai clienti esclusivamente nel caso in cui detti beni siano stati consegnati in custodia purché questi siano custoditi in cassaforte;

la copertura è prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, il minimo di Euro 500,00, un limite d'Indennizzo massimo del 15% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo;

- i veicoli a motore dei clienti escluso tutto ciò che viene lasciato all'interno dei veicoli stessi e non portato nella camera dal cliente, purché detti veicoli siano chiusi a chiave e sempre che gli stessi siano posti nell'autorimessa, nel parcheggio o nell'area recintata dell'agriturismo.

La copertura è prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, il minimo di Euro 500,00, un limite d'Indennizzo massimo del 30% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.

b. SETTORE COMMERCIO

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad una Attività appartenente al Settore Commercio, ad integrazione di quanto previsto dal glossario alla voce Contenuto e nei limiti del Capitale assicurato, la Garanzia Furto e rapina comprende:

1. Fustelle farmaceutiche (farmacie)

L'Assicuratore indennizza i Danni da Furto alle Fustelle, custodite nella farmacia assicurata.

La copertura è prestata con un limite d'Indennizzo di Euro 7.500,00 per Sinistro.

c. SETTORE TURISMO E RISTORAZIONE

Quando la copertura assicurativa si riferisce ad una Attività appartenente al Settore Turismo e ristorazione, ad integrazione di quanto previsto dal glossario alla voce Contenuto e nei limiti del Capitale assicurato, la Garanzia Furto e rapina comprende:

1. Cose portate o consegnate dai clienti dell'albergo, pensioni, B&B

La Garanzia comprende:

- cose di uso personale portate dai clienti, consegnate e non consegnate in custodia (vestiario, indumenti, telefoni cellulari, videocamere e simili, esclusi denaro, valori, gioielli, pellicce, preziosi in genere).

La copertura è prestata con il massimo del 15% del Capitale assicurato e con il limite di Euro 1.500,00 per oggetto;

- denaro e valori in genere, portati dai clienti esclusivamente nel caso in cui detti beni siano stati consegnati in custodia purché questi siano custoditi in cassaforte.

La copertura è prestata con il massimo del 15% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo;

- i veicoli a motore dei clienti escluso tutto ciò che viene lasciato all'interno dei veicoli stessi e non portato nella camera dal cliente, purché detti veicoli siano chiusi a chiave e sempre che gli stessi siano posti nell'autorimessa, nel parcheggio o nell'area recintata dell'agriturismo.

La copertura è prestata sino a concorrenza del 30% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.

Art. 144 - Limiti di indennizzo

La Garanzia assicurativa, nell'ambito del Capitale assicurato, è prestata con i seguenti limiti d'Indennizzo, previa applicazione degli Scoperti previsti all'Art. 147, salvo i casi in cui sono previsti Franchigie e Scoperti specifici:

- Contenuto delle Dipendenze**



Le Cose costituenti il Contenuto si intendono assicurate, anche in locali costituenti magazzini o depositi accessori all'Attività assicurata ubicati nell'ambito dell'esercizio assicurato, nonché in Dipendenze dove comunque non si effettuino Attività di vendita.

La copertura è prestata con il massimo del 10% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.

- **Denaro e valori ovunque riposti**

La copertura è prestata con il limite di Indennizzo di Euro 1.500,00 per Sinistro ed anno assicurativo.

- **Denaro e valori riposti in cassaforte murata ed ancorata o Cassaforte a mobile o Armadio corazzato**

La copertura è prestata con il limite di Indennizzo di Euro 2.500,00 per Sinistro ed anno assicurativo.

- **Furto e Rapina di Tappeti, quadri, collezioni, oggetti d'arte**

La copertura è prestata con il massimo del 10% del Capitale assicurato.

- **Rapina di oggetti personali (esclusi Preziosi e Valori) dell'Assicurato, dei suoi Familiari o dipendenti purché avvenuta all'interno dei locali.**

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con una Franchigia di Euro 250,00 e con il limite di Indennizzo pari ad Euro 1.000,00 per persona e di Euro 3.000,00 per anno assicurativo.

I SEGUENTI ARTICOLI SI INTENDONO VALIDI ED OPERANTI PER TUTTA LA SEZIONE 12 - FURTO E RAPINA.

Art. 145 - Esclusioni

L'Assicuratore non indennizza, oltre a quelli già esclusi alle singole Garanzie, i Danni:

- verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o sabotaggio organizzato, occupazione militare, invasione, purché il Sinistro sia in rapporto con tali eventi;
 - verificatisi in occasione di incendi, esplosioni, scoppi, contaminazioni radioattive, grandine, vento e quanto da essi trasportato, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura, purché il Sinistro sia in rapporto con tali eventi;
 - agevolati con dolo o colpa grave;
 - dall'Assicurato, dal Contraente o, se l'Assicurato è persona giuridica, dal Legale rappresentante, dai soci delle società di persone o comunque dai Soci a responsabilità illimitata e dagli amministratori; commessi o agevolati con dolo o colpa grave;
 - da persone che abitano con l'Assicurato o con il Contraente, con il Legale rappresentante, soci delle società di persone o comunque i Soci a responsabilità illimitata e gli amministratori, od occupano i locali contenenti le Cose assicurate o locali con questi comunicanti;
 - da persone del fatto delle quali l'Assicurato od il Contraente, il Legale rappresentante, i soci delle società di persone o comunque i soci a responsabilità illimitata e gli amministratori debbano rispondere, fatto salvo quanto previsto dall'Art. 141 - "Oggetto dell'assicurazione" e dalla condizione particolare dell'art. 142.1 "Infedeltà dei dipendenti";
 - da incaricati della sorveglianza delle Cose stesse o dei locali che le contengono, fatto salvo quanto previsto dall'Art. 141 - "Oggetto dell'assicurazione" e dalla condizione particolare dell'art. 142.1 "Infedeltà dei dipendenti";
 - da persone legate all'Assicurato od al Contraente, al Legale rappresentante, ai soci delle società di persone o comunque ai soci a responsabilità illimitata e agli amministratori da vincoli di parentela o affinità che rientrino nella previsione dell'art. 649 c.p. (n. 1, 2, 3) anche se non coabitanti;
- d. indiretti;
- e. causati alle Cose assicurate da Incendio, Esplosione o Scoppio provocati dall'autore del Sinistro;
- f. avvenuti a partire dalle ore 24 del 45° giorno se i locali contenenti le Cose assicurate rimangono incustoditi per più di 45 giorni consecutivi;
- g. ai beni in leasing, Gioielli e Preziosi;
- h. verificatisi in conseguenza di confische e requisizioni.

Art. 146 – Caratteristiche del fabbricato per Operatività della garanzia

Limitatamente ai Danni di Furto, la Garanzia è operante a condizione che le pareti ed i solai dei locali contenenti le Cose assicurate, confinanti con l'esterno o con altri locali o di uso comune o comunque posti ad un'altezza inferiore a 4 metri dal suolo o altro piano praticabile, siano costruiti in muratura, cotto, calcestruzzo, vetrocemento armato, cemento armato o non, materiali metallici di pari robustezza comunemente utilizzati nell'edilizia.



Art. 147 - Scoperti

La Garanzia Furto e rapina, è prestata con l'applicazione dello Scoperto del 10% con il minimo di Euro 500,00 salvo i casi in cui sono previsti Franchigie e Scoperti specifici.

In caso di Furto avvenuto secondo le modalità descritte all'Art. 141 - "Oggetto dell'assicurazione" ai punti a), b), c) e d), la copertura Furto e Rapina sarà prestata senza l'applicazione dello Scoperto se i locali contenenti le Cose assicurate sono protetti da uno dei seguenti impianti di allarme:

- Impianto di allarme antifurto con sirena con collegamento ad istituto di vigilanza o forze dell'ordine installato da ditta registrata presso l'I.M.Q.;
- impianto automatico antifurto nebbiogeno conforme alla normativa ISO 9001 - 2000 installati da ditta qualificata, a condizione che l'impianto sia attivato e pienamente funzionante ogni qualvolta nei locali non vi sia presenza di persone.

In caso di mancato funzionamento e/o mancato inserimento dell'Impianto di allarme I.M.Q. e/o nebbiogeno, l'Assicuratore corrisponderà l'importo liquidato a termini di Polizza sotto deduzione di uno Scoperto del 10% con il minimo di Euro 500,00.

Art. 148 - Mezzi di protezione e chiusura

Limitatamente ai Danni di Furto, la Garanzia è operante a condizione che ogni apertura verso l'esterno dei locali contenenti le Cose assicurate, situata in linea verticale a meno di 4 metri dal suolo o da superfici acquee, nonché da ripiani accessibili e praticabili per via ordinaria dall'esterno, senza impiego, cioè, di mezzi artificiosi o di particolare agilità personale, sia difesa per tutta la sua estensione da almeno uno dei seguenti mezzi di protezione e chiusura:

- robusti serramenti di legno, materia plastica rigida, Vetro antisfondamento, metallo o lega metallica ed altri simili materiali comunemente impiegati nell'edilizia; il tutto totalmente fisso o chiuso con idonei congegni (quali barre, catenacci e simili, manovrabili esclusivamente dall'interno) oppure chiuso con serrature o lucchetti;
- inferriate (considerando tali anche quelle costituite da robuste barre di metallo o di lega metallica diverse dal ferro) fissate nei muri o nelle strutture dei serramenti;
- sono ammessi anche Mezzi di chiusura diversi da quelli sopra descritti purché equivalenti per robustezza ed efficacia protettiva.

Nei serramenti e nelle inferriate sono ammesse luci che non consentano il passaggio di una persona.

Qualora gli autori del Furto si siano introdotti nei locali contenenti le Cose assicurate violando mezzi di protezione e chiusura non conformi a quelli sopra descritti, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato il 70% dell'importo liquidabile a termini di Polizza.

Non sono comunque indennizzabili i Danni di Furto quando, per qualsiasi motivo, non siano operanti i Mezzi di chiusura del fabbricato sopra descritti.

Art. 149 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato (od il Contraente) deve:

- a. darne avviso all'Assicuratore entro 24 ore da quando ne è venuto a conoscenza, specificando le circostanze dell'evento e l'importo approssimativo del Danno, nonché farne denuncia all'autorità giudiziaria o di polizia del luogo entro le 24 ore successive;
- b. fornire all'Assicuratore entro i 3 giorni successivi, una distinta particolareggiata delle Cose rubate o danneggiate, con l'indicazione del rispettivo valore, nonché una copia della denuncia fatta all'autorità;
- c. denunciare inoltre tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche al debitore, nonché esperire, se la legge lo consente, la procedura di ammortamento;
- d. adoperarsi immediatamente, nel modo più efficace, per il recupero delle Cose rubate e per la conservazione e la custodia di quelle rimaste, anche se danneggiate.

L'inadempimento anche di uno solo di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui alle lettere c) e d) sono a carico dell'Assicuratore in ragione della proporzione intercorrente tra il Capitale assicurato e quello che le Cose avevano al momento del Sinistro, anche se l'ammontare delle spese stesse, unitamente a quello del Danno, dovesse superare il Capitale assicurato e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'Assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'Assicurato o il Contraente devono altresì:

- e. conservare fino ad avvenuta liquidazione del Danno tanto le Cose non rubate quanto le tracce e gli indizi materiali del reato, senza avere, per tale titolo, diritto ad Indennizzo;
- f. dare la dimostrazione della qualità, della quantità e del valore delle Cose preesistenti al momento del Sinistro oltre che della realtà e dell'entità del Danno; tenere a disposizione dell'Assicuratore e dei Periti ogni documento ed ogni altro elemento di prova, nonché facilitare le indagini e gli accertamenti che l'Assicuratore ed i Periti ritenessero necessario esperire presso terzi;



- g. **presentare, a richiesta dell'Assicuratore, tutti i documenti che si possono ottenere dall'autorità competente, in relazione al Sinistro.**

Art. 150 - Determinazione dell'ammontare del danno - Arbitrato

L'assicurazione è prestata nella formula a Primo rischio assoluto.

L'ammontare del Danno è dato dal valore che le Cose sottratte avevano al momento del Sinistro e dal costo di riparazione delle Cose danneggiate - col limite del valore che le stesse avevano al momento del Sinistro - senza tenere conto dei profitti sperati, né dei Danni del mancato godimento od uso o di altri eventuali pregiudizi.

L'ammontare del Danno è concordato dalle parti direttamente oppure, a richiesta di una di esse, mediante Periti nominati uno dall'Assicuratore ed uno dal Contraente, con apposito atto unico. I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza. Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo. Se una delle parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

Art. 151 - Esagerazione dolosa del danno - Perdita del diritto all'indennizzo

L'Assicurato che dolosamente esageri l'ammontare del Danno, occulti, sottragga o manometta Cose non rubate, alteri le tracce o gli indizi materiali del reato perde il diritto all'Indennizzo.

Art. 152 - Riduzione delle somme assicurate in caso di sinistro

In caso di Sinistro, il Capitale assicurato per la Garanzia Furto e rapina 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 al netto di eventuali Franchigie o Scoperti senza corrispondente restituzione di Premio. Qualora, a seguito del Sinistro stesso, l'Assicuratore decidesse invece di recedere dal contratto, si farà luogo al rimborso del Premio netto non goduto sulle somme assicurate rimaste eventualmente in essere.

Art. 153 - Recupero delle cose rubate

Se le Cose rubate vengono recuperate in tutto od in parte, l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore appena ne ha avuto notizia. Le Cose recuperate divengono di proprietà dell'Assicuratore, se questa ha indennizzato integralmente il Danno, salvo che l'Assicurato rimborsi all'Assicuratore l'intero importo riscosso a titolo di Indennizzo per le Cose medesime. Se invece l'Assicuratore ha indennizzato il Danno solo in parte, l'Assicurato ha facoltà di conservare la proprietà delle Cose recuperate previa restituzione dell'importo dell'Indennizzo riscosso dall'Assicuratore per le stesse, o di farle vendere, ripartendosi il ricavato della vendita in misura proporzionale tra l'Assicuratore e l'Assicurato. Per le Cose rubate che siano recuperate prima del pagamento dell'Indennizzo e prima che siano trascorsi 2 mesi dalla data di avviso del Sinistro, l'Assicuratore è obbligato soltanto per i Danni eventualmente subiti dalle Cose stesse in conseguenza del Sinistro. L'Assicurato ha tuttavia facoltà di abbandonare all'Assicuratore le Cose recuperate, salvo il diritto dell'Assicuratore di rifiutare l'abbandono pagando l'Indennizzo dovuto.

Art. 154 - Titoli di credito

Per quanto riguarda i titoli di credito rimane stabilito che:

- l'Assicuratore, salvo diversa pattuizione, non pagherà l'importo per essi liquidato prima delle rispettive scadenze, se previste;
- l'Assicurato deve restituire all'Assicuratore l'Indennizzo per essi percepito non appena, per effetto della procedura di ammortamento, se consentita, i titoli di credito siano divenuti inefficaci;
- il loro valore è dato dalla somma da essi portata.

Per quanto riguarda in particolare gli effetti cambiari, rimane inoltre stabilito che l'assicurazione vale soltanto per gli effetti per i quali sia possibile l'esercizio dell'azione cambiaria.

Art. 155 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sulle medesime Cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali Indennizzi, escluso dal conteggio l'Indennizzo dovuto dall'eventuale assicuratore insolvente, superi l'ammontare del Danno, l'Assicuratore è tenuto a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'Indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

SEZIONE 14 – ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE ALL RISK

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



il relativo Premio.

Art. 156 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore indennizza, nei limiti del Capitale assicurato, i Danni materiali e diretti alle apparecchiature e ai macchinari - comprese le relative componenti elettroniche - collaudati e pronti per l'uso cui sono destinati, che possono subire secondo il principio "All risk", salvo quanto espressamente indicato nell'Art. 157 - "Esclusioni".

A. GARANZIA ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE

A titolo esplicativo e non esaustivo, sono garantiti gli eventi di seguito elencati, che colpiscano i beni assicurati all'interno dei locali indicati in Polizza:

1. Incendio, fulmine, Esplosione, Scoppio, fumo

2. Furto

La copertura è operante:

- a) se l'autore dello stesso si sia introdotto nei locali contenenti le Cose assicurate con Scasso cioè sfondando, rompendo, forzando o rimuovendo:
 - porte e/o finestre e/o vetri antisfondamento;
 - inferriate;
 - serrature e lucchetti o altri congegni di chiusura;
 - tetti, pareti, pavimenti, soffitti;
 - con uso fraudolento di chiavi utilizzando grimaldelli o arnesi simili purché i mezzi di protezione e chiusura siano conformi e operanti a quanto richiesto dall'Art.158 - "Mezzi di protezione e chiusura".
- b) se l'autore dello stesso si sia introdotto nei locali contenenti le Cose assicurate senza Scasso con impiego di agilità personale o con mezzi artificiosi per via diversa da quella ordinaria, attraverso aperture verso l'esterno, situate in linea verticale ad almeno 4 metri dal suolo, da superficie acquee o da ripiani accessibili e praticabili per via ordinaria dall'esterno;
- c) se l'autore dello stesso si sia introdotto nei locali contenenti le Cose assicurate in modo clandestino e abbia asportato la refurtiva a locali chiusi;
- d) anche senza introduzione nei locali assicurati, durante i periodi di esposizione diurna o serale:
 - attraverso le maglie di saracinesche e di inferriate con rottura del vetro retrostante;
 - con rottura dei vetri delle vetrine, purché efficacemente chiuse, durante l'orario di apertura al pubblico (tra le ore 8.00 e le 24.00) in presenza di Addetti all'esercizio;

3. Rapina

La copertura è operante se avvenuta nei locali contenenti le Cose assicurate anche nel caso in cui le persone sulle quali viene esercitata violenza o minaccia vengano prelevate all'esterno e siano costrette a recarsi nei locali stessi;

4. Fenomeni atmosferici compresi trombe d'aria, tempeste, gelo, neve, grandine

5. Guasti a macchine dovute a rotture meccaniche, forza centrifuga, vibrazioni, sollecitazioni imprevedibili e corpi estranei

Per ogni Sinistro la copertura è prestata con lo Scoperto 25% con il minimo Euro 500,00;

6. Rovesciamento liquidi

L'Assicuratore risponde dei Danni di dispersione di liquidi, posti in adeguati contenitori, causati da rottura accidentale degli stessi nonché di valvole, rubinetti, raccordi e relativi impianti tecnici ad essi collegati. **Sono comunque esclusi:**

- i Danni derivanti o conseguenti ad errata chiusura o apertura di valvole e/o rubinetti;
- i Danni dovuti ad imperfetta tenuta dei contenitori;
- i Danni di dispersione da contenitori di capacità inferiore a 300 litri;
- i Danni causati ad altri enti dalla dispersione del liquido;

7. Fenomeno elettrico, compreso quello di origine esterna

La Garanzia comprende i Danni da fenomeni elettrici di origine esterna a condizione che le apparecchiature assicurate siano protette contro le sovratensioni verso la rete di alimentazione e verso la rete di comunicazione dati e che l'impianto elettrico, cui sono allacciate, sia in regola con i requisiti di legge.

Per ogni Sinistro la Garanzia è prestata con lo Scoperto 15% con il minimo Euro 500,00;

8. Imperizia, imprudenza, negligenza errata manovra, nell'utilizzo/esercizio di impianti e macchinari poste in essere da dipendenti dell'Assicurato o da terzi

Per ogni Sinistro la Garanzia è prestata con il limite di Indennizzo pari al 30% del Capitale assicurato;

9. Mancato o difettoso funzionamento di apparecchiature di comando o di controllo

Per ogni Sinistro la Garanzia è prestata con il limite massimo del 30% del Capitale assicurato;

10. Eventi sociopolitici e dolosi

Intendendosi i Danni materiali e diretti cagionati alle Cose assicurate, anche a mezzo di ordigni esplosivi, da persone (dipendenti e non del Contraente o dell'Assicurato) che prendano parte a tumulti popolari, scioperi, sommosse o che compiano, individualmente o in associazione, atti vandalici o dolosi, compresi quelli di terrorismo e sabotaggio organizzato.



Per ogni Sinistro la Garanzia è prestata con lo Scoperto del 15% con il minimo Euro 1.500,00 e con il limite massimo del 60% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo;

11. Danni ai tubi e valvole elettroniche, salvo che siano conseguenza diretta di danni indennizzabili verificatisi anche ad altre parti delle cose assicurate

Tali Danni verranno indennizzati tenuto conto della percentuale di degrado risultante dai parametri indicati dalla casa costruttrice o, in mancanza, alla percentuale di degrado risultante in rapporto al tempo trascorso dall'installazione, alle ore di lavoro o ai colpi effettuati o altri parametri rispetto alla durata presunta del tubo stesso.

Per ogni Sinistro la Garanzia è prestata con il limite massimo del 10% del valore dell'apparecchiatura danneggiata con il massimo di Euro 3.500,00 per Sinistro;

12. Danni a conduttori esterni alle Cose assicurate di esclusiva pertinenza delle stesse

Non sono indennizzabili i Danni alle parti accessorie non attraversate dalla corrente dei conduttori assicurati. In caso di Danno indennizzabile ai conduttori esterni sono compresi anche i costi di scavo, sterro, puntellatura, muratura, di rifacimento dell'intonaco e pavimentazione sostenuti dall'Assicurato.

Per ogni Sinistro la Garanzia è prestata con la Franchigia di Euro 250,00, con il limite massimo del 10% del valore dell'apparecchiatura danneggiata con il massimo di Euro 2.500,00 per Sinistro.

L'assicurazione è valida per le ubicazioni indicate in Polizza, è prestata nella formula a Primo rischio assoluto ed è operante esclusivamente per i rischi ubicati in Italia, Stato della Città del Vaticano, Repubblica di San Marino. La Garanzia Elettronica e guasti macchine è prestata con l'applicazione di una Franchigia di Euro 500,00 salvo i casi in cui sono previsti Franchigie e Scoperti specifici. Relativamente alle Cose assicurate, per le quali siano trascorsi più di 7 anni dall'anno di costruzione, le Garanzie di Polizza saranno prestate previa applicazione di uno Scoperto pari al 25% con il minimo di Euro 2.500,00 che rimarrà a carico esclusivo dell'Assicurato stesso.

I SEGUENTI ARTICOLI SI INTENDONO VALIDI ED OPERANTI PER TUTTA LA SEZIONE **14 - ELETTRONICA E GUASTI MACCHINE.**

Art. 157 - Esclusioni

Sono esclusi i Danni:

- a. causati con dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Contraente dei loro Familiari e conviventi degli amministratori o soci a responsabilità illimitata, del Legale rappresentante;
- b. di deperimento, logoramento, corrosione, ossidazione che siano conseguenza naturale dell'uso o funzionamento o causati dagli effetti gradualmente degli agenti atmosferici;
- c. causati da terremoti, inondazioni, alluvioni, maremoti, eruzioni vulcaniche, frane, allagamenti;
- d. per i quali deve rispondere, per legge o per contratto, il costruttore, venditore o locatore delle Cose assicurate;
- e. verificatisi in conseguenza di montaggi e smontaggi non connessi a lavori di pulitura, manutenzione e revisione, nonché i Danni verificatisi in occasione di trasporti e trasferimenti e relative operazioni di carico e scarico al di fuori dell'ubicazione indicata per le Cose mobili e al di fuori del luogo di installazione originaria per le Cose fisse;
- f. dovuti all'inosservanza delle prescrizioni per la manutenzione indicate dal costruttore o fornitore delle Cose assicurate;
- g. in seguito al sostenimento dei costi per:
 - effettuare la manutenzione preventiva;
 - effettuare i controlli di funzionalità;
 - eliminare i disturbi e i difetti a seguito di usura;
- h. di natura estetica che non siano connessi con i Danni indennizzabili;
- i. attribuibili a difetti noti al Contraente o all'Assicurato all'atto della stipula della Polizza;
- j. causati da smarrimenti ed ammanchi;
- k. verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, occupazioni di fabbrica ed edifici in genere, sequestri, occupazione militare, invasione, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il Sinistro non abbia avuto alcun rapporto con tali eventi;
- l. verificatisi in occasione di Esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il Sinistro non abbia avuto alcun rapporto con tali eventi;
- m. indiretti, quali mancato utilizzo delle apparecchiature, mancato reddito, o qualsiasi Danno che non riguardi la materialità delle Cose assicurate;



- n. ad utensileria o parti accessorie intercambiabili o montabili per una determinata lavorazione, a forma, matrici, stampi, mole, nastri di trasmissione, funi, corde, cinghie, catene, pneumatici, guarnizioni, feltri, rivestimenti, refrattari, catalizzatori, filtri, fluidi in genere fatta eccezione per l'olio dei trasformatori e degli interruttori;
- o. relativamente alle componenti elettroniche delle apparecchiature e agli impianti elettrici o meccanici, verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di cause esterne e la cui eliminazione è prevista dalle prestazioni normalmente comprese nei contratti di manutenzione e di assistenza tecnica;
- p. di perdita, alterazione o distruzione di dati, programmi di codifica o software;
- q. di indisponibilità di dati e malfunzionamento di hardware o software;
- r. ai veicoli a motore;
- s. d'interruzione del funzionamento dell'impianto o macchinario conseguente a:
 - uso di internet o intranet (uso di indirizzi internet, siti web o intranet e qualsiasi funzionamento o malfunzionamento di internet e/o connessione a indirizzi internet, siti web o intranet);
 - trasmissione elettronica dei dati od altre informazioni;
 - computer virus o software simili (es. trojan, worm ecc.);
 - violazione, anche se non intenzionale, dei diritti di proprietà intellettuale (come per esempio marchio, diritto d'autore, brevetto);
 - violazione del D.lg. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni;
- t. alle seguenti apparecchiature:
 - apparecchiature adibite ad uso domestico;
 - apparecchiature elettromedicali;
 - agli impianti fotovoltaici;
- u. sono inoltre esclusi i Danni, i difetti o disturbi di funzionamento, nonché i Danni a moduli e componenti elettronici degli impianti ed apparecchiature assicurate (ivi compresi i costi della ricerca e l'identificazione di difetti) verificatisi in costanza di Garanzia della ditta produttrice e/o fornitrice degli stessi e/o la cui eliminazione è prevista dalle prestazioni normalmente comprese nei contratti di assistenza tecnica e cioè:
 - controlli di funzionalità;
 - manutenzione preventiva;
 - eliminazione dei disturbi e difetti a seguito di usura;
 - eliminazione dei Danni e disturbi (parti di ricambio e costi di manodopera);verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di causa esterna.

Art. 158 - Mezzi di protezione e chiusura

Limitatamente ai Danni di Furto, la Garanzia è operante a condizione che ogni apertura verso l'esterno dei locali contenenti le Cose assicurate, situati in linea verticale a meno di 4 metri dal suolo o da superfici acquee, nonché da ripiani accessibili e praticabili per via ordinaria dall'esterno senza impiego cioè di mezzi artificiali o di particolare agilità personale, sia difesa per tutta la sua estensione da almeno uno dei seguenti mezzi di protezione e chiusura:

- robusti serramenti di legno, materia plastica rigida, Vetro antisfondamento, metallo o lega metallica ed altri simili materiali comunemente impiegati nell'edilizia; il tutto totalmente fisso o chiuso con idonei congegni (quali barre, catenacci e simili, manovrabili esclusivamente dall'interno) oppure chiuso con serrature o lucchetti;
- inferriate (considerando tali anche quelle costituite da robuste barre di metallo o di lega metallica diverse dal ferro) fissate nei muri o nelle strutture dei serramenti;
- sono ammessi anche Mezzi di chiusura diversi da quelli sopra descritti purché equivalenti per robustezza ed efficacia protettiva. Nei serramenti e nelle inferriate sono ammesse luci che non consentano il passaggio di una persona.

Qualora gli autori del Furto si siano introdotti nei locali contenenti le Cose assicurate violando **mezzi di protezione e chiusura non conformi a quelli sopra descritti, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato il 70% dell'importo liquidabile a termini di Polizza.**

Non sono comunque indennizzabili i Danni di Furto quando, per qualsiasi motivo, non siano operanti i Mezzi di chiusura del fabbricato sopra descritti.

Art. 159 - Cose di proprietà di terzi

Sono comprese in Garanzia anche le Cose di proprietà di terzi la cui esistenza sia adeguatamente documentabile, sempre che siano in locazione, noleggio o comodato. In caso di Sinistro però i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei Periti (da eleggersi a cura dell'Assicuratore e del Contraente) né azione alcuna per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, le ragioni ed i diritti sorgenti dall'assicurazione non possono essere esercitati che dal Contraente e dall'Assicuratore. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà liquidata in contraddittorio, non può essere versata se non con l'intervento all'atto del pagamento dei terzi interessati.



Art. 160 - Conservazione delle cose assicurate

Le Cose assicurate devono essere conservate con diligente cura e tenute in condizioni tecniche e funzionali adeguate in relazione al loro uso e alla loro destinazione, secondo le norme della buona manutenzione; esse non devono mai essere adibite a funzioni diverse da quelle per cui sono state costruite, né sottoposte a sollecitazioni anomale o superiori a quelle tecnicamente ammesse, né collegate ad impianti non rispondenti alle specifiche richieste del costruttore.

Art. 161 - Ispezione delle cose assicurate

L'Assicuratore ha sempre il diritto di visitare le Cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornirle tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

Art. 162 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve:

- fare quanto gli è possibile per diminuire o circoscrivere il Danno, ottemperando alle disposizioni dell'Assicuratore prima della riparazione; le relative spese sono a carico dell'Assicuratore ai sensi e nei limiti dell'art. 1914 c.c.;
- darne avviso all'Assicuratore entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 c.c.

L'inadempimento anche di uno solo di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

Il Contraente deve altresì:

- in caso di Incendio, Furto, Rapina o Sinistro presumibilmente doloso, rendere, nei 5 giorni successivi, dichiarazione scritta all'autorità giudiziaria o di polizia indicando il momento di accadimento e la causa presunta del Sinistro e l'entità approssimativa del Danno. Copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa all'Assicuratore;
- conservare le tracce ed i residui del Sinistro fino alla liquidazione del Danno senza avere, per questo, diritto ad indennità alcuna; l'Assicuratore si riserva la facoltà di ritirare i residui delle parti sostituite; non ottemperando alla richiesta dell'Assicuratore, l'Assicurato decade dal diritto all'Indennizzo;
- fornire dimostrazione del valore delle Cose danneggiate, dei materiali e delle spese occorse per la riparazione del Danno e di quelle sostenute in relazione agli obblighi di cui al punto a.

La riparazione del Danno può essere iniziata subito dopo l'avviso di cui al punto b.; tuttavia, prima dell'ispezione da parte di un incaricato dell'Assicuratore, lo stato delle Cose non può essere modificato che nella misura strettamente necessaria per la continuazione dell'Attività; se tale ispezione, per motivi indipendenti dal Contraente o dall'Assicurato, non avviene entro 8 giorni dall'avviso di cui al punto b., questi può prendere tutte le misure necessarie. Avvenuto il Sinistro, l'assicurazione resta sospesa, per la cosa danneggiata, limitatamente ai Danni di natura elettrica o meccanica, fino alla riparazione definitiva che ne garantisca il regolare funzionamento.

Art. 163 - Determinazione dell'ammontare del danno - Arbitrato

La determinazione del Danno viene eseguita secondo le norme che seguono:

- Nel caso di Danno suscettibile di riparazione:
 - si stima l'importo totale delle spese di riparazione necessarie per ripristinare l'impianto o l'apparecchio danneggiato nello stato funzionale in cui si trovava al momento del Sinistro, valutate secondo i costi al momento del Sinistro;
 - si stima il valore ricavabile, al momento del Sinistro, dei residui delle parti sostituite.

L'Indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come ad a1. defalcato dell'importo come a2. a meno che l'Assicuratore non si avvalga della facoltà di cui al punto d. dell'Art. 162 - "Obblighi in caso di sinistro", nel qual caso l'Indennizzo sarà pari all'importo stimato come ad a1..

- Nel caso di Danno non suscettibile di riparazione:

- si stima il costo di rimpiazzo a nuovo al momento del Sinistro dell'impianto o apparecchio colpito dal Sinistro stesso;
- si stima il valore ricavabile dai residui.

L'Indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come a b1., defalcato dell'importo stimato come b2.

Questa stima riguarda solo impianti ed apparecchi in funzione ed è valida a condizione che:

- i Danni si siano verificati entro i 2 anni successivi a quello di costruzione;
- il rimpiazzo o la riparazione siano eseguiti entro i tempi tecnici necessari;
- il costruttore non abbia cessato la fabbricazione dell'impianto o dell'apparecchio danneggiato o distrutto, oppure questo sia ancora disponibile o siano disponibili i pezzi di ricambio.

Qualora non siano soddisfatte le condizioni di cui ai punti "i." e "ii." ed almeno una delle condizioni previste dal punto "iii.", si applicano le norme che seguono:

- si stima il valore dell'impianto o dell'apparecchio stesso al momento del Sinistro, tenuto conto della sua vetustà e del suo deperimento per uso o altra causa;
- si stima il valore ricavabile dai residui.

L'Indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come a b3., defalcato dell'importo stimato come b4.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Un Danno si considera non suscettibile di riparazione quando le spese di riparazione, calcolate come ad a., eguagliano o superino il valore dell'impianto o dell'apparecchio calcolato come b. (stima b1. - b2. oppure b3. - b4. a seconda del caso). L'Assicuratore ha facoltà di provvedere direttamente al ripristino dello stato funzionale dell'impianto o dell'apparecchio od al suo rimpiazzo con altro uguale o equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento.

Sono escluse dall'indennità le spese per eventuali tentativi di riparazione, riparazioni provvisorie, per modifiche o miglioramenti.

L'ammontare del Danno è dato dal valore che le Cose sottratte avevano al momento del Sinistro e dal costo di riparazione delle Cose danneggiate, col limite del valore che le stesse avevano al momento del Sinistro, senza tenere conto dei profitti sperati, né dei Danni del mancato godimento od uso o di altri eventuali pregiudizi.

L'ammontare del Danno è concordato dalle parti direttamente oppure, a richiesta di una di esse, mediante Periti nominati uno dall'Assicuratore ed uno dal Contraente, con apposito atto unico. I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza. Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo. Se una delle parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

Art. 164 - Esagerazione dolosa del danno - Perdita del diritto all'indennizzo

Il Contraente (o l'Assicurato) che esageri dolosamente l'ammontare del Danno, dichiara distrutte o sottratte Cose che non esistevano al momento del Sinistro, occulti, sottragga o manometta Cose salvate, adoperi a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, alteri dolosamente le tracce ed i residui del Sinistro o faciliti il progresso di questo, perde il diritto all'Indennizzo.

Art. 165 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sulle medesime Cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali Indennizzi - escluso dal conteggio l'Indennizzo dovuto dall'eventuale assicuratore insolvente - superi l'ammontare del Danno, l'Assicuratore è tenuto a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'Indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

Art. 166 - Rinuncia al diritto di rivalsa

Eccettuato il caso di dolo, l'Assicuratore rinuncia al diritto di rivalsa derivante dall'art. 1916 del c.c., verso i dipendenti e i familiari dell'Assicurato, nonché verso le Società che rispetto all'Assicurato medesimo risultino controllate, consociate o collegate.

L'Assicuratore rinuncia altresì al predetto diritto di surroga verso i clienti dell'Assicurato, a patto che contemporaneamente anche l'Assicurato rinunci a qualsiasi pretesa nei loro confronti.

SEZIONE 15 – ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK

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

Art. 167 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore indennizza, nei limiti del Capitale assicurato, i Danni materiali diretti (compreso Furto, Rapina, guasti e fenomeno elettrico) e i Danni indiretti che un Impianto fotovoltaico e/o solare termico può subire secondo il principio "All risk", salvo quanto espressamente indicato nell'Art. 169 - "Esclusioni".

Gli impianti devono essere stati installati e collaudati in conformità con le disposizioni normative in vigore, così come comprovato dal certificato di collaudo o dalla dichiarazione di conformità dell'impianto di cui il Contraente dichiara di essere in possesso, all'atto della sottoscrizione della Polizza.

La Garanzia è operante purché gli impianti si trovino nelle ubicazioni indicate in Polizza (se totalmente o parzialmente integrati) o comunque nelle immediate vicinanze delle stesse - massimo 300 metri in linea d'aria - per gli impianti a terra.

A. GARANZIA ENERGIE RINNOVABILI

1. Danni diretti

L'Assicuratore si obbliga a indennizzare i Danni materiali e diretti causati da un qualunque evento accidentale non espressamente escluso che colpisca gli impianti individuati in Polizza, anche se di proprietà di terzi.

L'Assicuratore indennizza inoltre i costi sostenuti per demolire, sgomberare e trasportare fino al più vicino punto di raccolta o di scarico, i residui delle Cose assicurate e danneggiate a seguito di Sinistro indennizzabile a termini della presente Garanzia e **fino alla**



concorrenza massima del 5% dello stesso, con il limite di Indennizzo di Euro 10.000,00 per Sinistro.

Si intendono compresi anche i:

1. Guasti, intendendosi per tali tutti i danni subiti dagli impianti da guasti e/o rotture originati da cause interne di natura meccanica e/o elettrica, compresi quelli derivanti da errori di progettazione, di calcolo, vizi di materiale, di fusione, di esecuzione e di installazione;
2. Fenomeni elettrici, intendendosi per tali tutti i danni derivanti dalla variazione di corrente, cioè lo scostamento del livello dell'intensità di corrente elettrica dai valori nominali previsti per il funzionamento degli impianti, la sovratensione, l'improvviso innalzamento dei valori della tensione, il fulmine o la scarica elettrica accidentale.

Estensione ai Danni indiretti

L'Assicuratore indennizza le perdite per i Danni indiretti che possono derivare dall'interruzione o diminuzione della produzione di energia elettrica per effetto di un Danno materiale e diretto, solo se indennizzabile a termini della presente Garanzia Danni Diretti, che abbia colpito gli impianti assicurati.

Art. 168 - Limiti di indennizzo - Franchigie e scoperti

Relativamente ai Danni diretti All risk, per ciascun Sinistro il pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato previa detrazione di uno Scoperto, a carico dell'Assicurato, pari al 5% con il minimo di Euro 750,00 salvo quanto previsto nei successivi punti:

1. Furto, Rapina ed atti di terzi

Relativamente ai Danni di Furto, Rapina ed atti di terzi (compresi gli atti vandalici), il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo di Euro 750,00 che rimarrà a carico esclusivo dell'Assicurato stesso.**

Fermo quanto disposto nel capoverso precedente, sono operanti i seguenti limiti massimi di Indennizzo per Sinistro e per anno assicurativo:

- 50% del Capitale assicurato per i pannelli totalmente integrati;
- 40% del Capitale assicurato per i pannelli parzialmente integrati;
- 30% del Capitale assicurato per i impianti a terra e quelli non integrati;

2. fenomeni atmosferici

Relativamente ai Danni da fenomeni atmosferici, il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione di uno **Scoperto del 15% con il minimo di Euro 750,00 che rimarrà a carico esclusivo dell'Assicurato stesso.**

Fermo quanto disposto nel capoverso precedente, sono operanti i seguenti limiti massimi di Indennizzo per Sinistro e per anno assicurativo:

- 40% del Capitale assicurato per vento e sovraccarico neve;
- 70% del Capitale assicurato per altri eventi atmosferici;

3. franamento, smottamento del terreno

Relativamente ai Danni causati da franamento, smottamento del terreno, il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo di Euro 750,00 che rimarrà a carico esclusivo dell'Assicurato stesso con un limite massimo di Indennizzo del 40% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.**

4. guasti e/o fenomeno elettrico

Relativamente ai Danni causati da guasti e/o fenomeno elettrico, il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato:

- per gli impianti per i quali non siano trascorsi più di 7 anni dalla data del certificato di collaudo, con uno **Scoperto, a carico dell'Assicurato, del 10% con il minimo di Euro 1.250,00 con il limite del 30% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo;**
- per gli impianti per i quali siano trascorsi più di 7 anni dalla data del certificato di collaudo, con uno **Scoperto, a carico dell'Assicurato, del 30% con il minimo di Euro 2.500,00 con il limite del 20% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.**

Relativamente ai Danni indiretti:

- per impianti dotati di Telecontrollo:
il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato, per singolo Sinistro, previa **detrazione di 3 giorni di Franchigia e per un periodo massimo di Indennizzo di 60 giorni al netto della stessa;** la decorrenza di tale periodo si intende a partire dal momento del Sinistro;
- per impianti non dotati di Telecontrollo:
verrà riconosciuta, a titolo di risarcimento per perdite di profitto una **somma forfettaria pari al 10% dell'Indennizzo liquidato a termini per i Danni diretti All risk per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 10.000,00 per Sinistro.**



I SEGUENTI ARTICOLI SI INTENDONO VALIDI ED OPERANTI PER TUTTA LA SEZIONE 15 - ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK.

Art. 169 - Esclusioni

Sono esclusi i Danni:

1. causati da atti di guerra, o verificatisi in conseguenza di insurrezione, occupazione militare, invasione;
2. causati da Esplosione o da emanazione di calore o da radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
3. causati da atti di terrorismo o di sabotaggio;
4. causati con dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti Legali o dei soci;
5. causati da maremoti, eruzioni vulcaniche, terremoti, inondazioni, alluvioni, allagamenti;
6. dovuti all'inosservanza delle prescrizioni per la manutenzione e l'esercizio indicate dal costruttore o fornitore delle Cose assicurate;
7. di deperimento o logoramento, che siano conseguenza naturale dell'uso o del funzionamento o causati dagli effetti gradualmente degli agenti atmosferici, nonché da ruggine, corrosione, incrostazione, limitatamente alla sola parte direttamente colpita;
8. per i quali deve rispondere, per legge o per contratto, il costruttore, fornitore, venditore o locatore delle Cose assicurate;
9. causati da montaggi e smontaggi non connessi a lavori di pulitura, manutenzione e revisione;
10. subiti durante il trasporto;
11. di natura estetica che non siano connessi con Danni indennizzabili;
12. causati da mareggiate, maree e penetrazione di acqua marina;
13. dovuti a difetti di rendimento;
14. causati da urto di veicoli e/o mezzi di sollevamento o trasporto di proprietà o al servizio del Contraente o dell'Assicurato;
15. dovuti a inquinamento e/o contaminazione in genere sia graduale che accidentale che sinergico;
16. causati da mancato riaggancio automatico dell'inverter alla rete a seguito di sbalzi di tensione;
17. causati da malfunzionamento di hardware, software o chip incorporati, e Danni correlati (quali perdita di dati o perdita di supporti informatici);
18. alle linee di distribuzione o trasmissione di energia;
19. connessi o dovuti ad umidità, brina, condensa, stillicidio, siccità, batteri, funghi, infiltrazioni e roditori;
20. connessi o dovuti da sospensione e/o interruzione di energia, gas, acqua, purché tale sospensione e/o interruzione non sia stata provocata da evento non altrimenti escluso, che abbia colpito le Cose assicurate;
21. causati o dovuti a frode, truffa, ammanchi, smarrimenti, appropriazione indebita o infedeltà da parte di dipendenti, saccheggio, estorsione, malversazione, Scippo e loro tentativi, anche se avvenuti in occasione di eventi non altrimenti esclusi;
22. a moduli e componenti elettronici dell'impianto assicurato (ivi compresi i costi della ricerca e l'identificazione di difetti) verificatisi in costanza di garanzia della ditta produttrice e/o fornitrice degli stessi e/o la cui eliminazione è contemplata nell'ambito delle prestazioni normalmente comprese nei contratti di assistenza tecnica e cioè:
 - controlli di funzionalità;
 - manutenzione preventiva;
 - eliminazione dei disturbi e difetti a seguito di usura;
 - eliminazione dei Danni e disturbi (parti di ricambio e costi di manodopera; verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di causa esterna;
23. l'Assicuratore, inoltre, non è obbligato ad indennizzare:
 - conduttori esterni alle Cose assicurate;
 - costi di scavo, sterro, puntellatura, muratura, intonaco, pavimentazioni e simili.

Con riferimento ai Danni indiretti, sono inoltre esclusi:

24. le perdite e le spese conseguenti a prolungamento dell'inattività conseguenti ad un Sinistro, ancorché indennizzabile a termini della presente Polizza, causato da:
 - serrate, provvedimenti imposti dalle autorità;
 - mancata disponibilità da parte dell'Assicurato dei mezzi finanziari sufficienti per la ripresa dell'Attività;



- difficoltà di ricostruzione, limitazioni dell'esercizio e difficoltà nella rimessa in efficienza, ripristino o rimpiazzo delle Cose distrutte o danneggiate imputabili a cause esterne, quali regolamenti urbanistici locali o statali o altre norme di legge o da provvedimenti dell'autorità;
- 25. sospensione, scadenza, annullamento o revoca di locazioni, licenze, concessioni, commesse o contratti;
- 26. penali o indennità o multe dovute a terzi;
- 27. giornate di sospensione dell'Attività assicurata che si sarebbero rese necessarie, per qualunque motivo, anche se il Sinistro non si fosse verificato;
- 28. perdite conseguenti a prolungamento od estensione dell'inattività causati da:
 - disastri naturali o eventi di forza maggiore;
 - scioperi che impediscano o rallentino la fornitura di materiali;
 - revisioni, modifiche o miglioramenti effettuati in occasione della rimessa in efficienza o del rimpiazzo delle apparecchiature o degli impianti danneggiati o distrutti.

Art. 170 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono:

- a. fare quanto è loro possibile per evitare o diminuire il Danno, ottemperando alle disposizioni dell'Assicuratore prima della riparazione; le relative spese sono a carico dell'Assicuratore secondo quanto previsto dalla legge (art. 1914 c.c.);
- b. avvisare l'Assicuratore entro 3 giorni da quando si è verificato ed è venuto a conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'art. 1913 c.c.;
- c. in caso di Furto o Rapina, o Incendio o di Sinistro presumibilmente doloso o dovuto ad atto vandalico, fare, nei 3 giorni successivi, dichiarazione scritta all'autorità giudiziaria o di polizia del luogo, indicando il momento e la causa presunta del Sinistro e l'ammontare approssimativo del Danno; copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa all'Assicuratore;
- d. conservare le tracce e i residui del Sinistro nonché le parti sostituite fino a liquidazione del Danno, senza per questo avere diritto ad alcuna indennità;
- e. fornire dimostrazione del valore delle Cose danneggiate, dei materiali e delle spese per la riparazione del Danno e di quelle sostenute in relazione agli obblighi di cui alla lettera a..

L'inadempimento di uno degli obblighi di cui ai punti a. e b. può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (art. 1915 del c.c.)

La riparazione del Danno può essere iniziata subito dopo l'avviso di cui al punto b.; lo stato delle Cose non può tuttavia essere modificato, prima dell'ispezione da parte di un incaricato dell'Assicuratore, se non nella misura strettamente necessaria per la continuazione dell'Attività; se tale ispezione, per motivi indipendenti dal Contraente o dall'Assicurato, non avvenisse entro 10 giorni dall'avviso di cui al punto b., il Contraente e l'Assicurato potranno prendere tutte le misure necessarie.

Avvenuto il Sinistro, l'Assicurazione resta sospesa - relativamente ai guasti meccanici ed elettrici - per la cosa danneggiata fino alla riparazione definitiva che ne garantisca il regolare funzionamento.

Art. 171 - Perizia contrattuale

L'ammontare del Danno è concordato dalle parti direttamente oppure, di comune accordo, mediante Periti nominati uno dall'Assicuratore e l'altro dal Contraente, con apposito atto unico. I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo ed anche prima, su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine anche su istanza di una sola delle parti sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio Perito, quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

Art. 172 - Mandato dei Periti

I Periti devono:

- a. indagare su circostanze, natura, causa e modalità del Sinistro;
- b. verificare l'esattezza delle descrizioni e "Dichiarazioni del Contraente" ed accertare se, al momento del Sinistro, esistevano circostanze che avessero aggravato il rischio e non fossero state dichiarate;
- c. verificare se il Contraente e l'Assicurato abbiano adempiuto agli obblighi di cui all'Art. 170 - "Obblighi in caso di sinistro";
- d. verificare l'esistenza, la qualità e la quantità delle Cose assicurate alle partite colpite secondo i criteri di valutazione di cui agli Artt. 173 e 174 - "Determinazione dell'ammontare del danno";



e. stimare e liquidare il Danno in conformità alle disposizioni di Polizza.

I risultati delle operazioni peritali, concretati dai Periti concordi o dalla maggioranza in caso di perizia collegiale, devono essere raccolti in apposito verbale (con allegate le stime dettagliate), da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Tali risultati sono obbligatori per le parti, rinunciando queste sin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo o violazione dei patti contrattuali e salvo rettifica degli errori materiali di conteggio.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

Art. 173 - Determinazione dell'ammontare del danno per i danni diretti All risk

La determinazione del Danno viene eseguita separatamente per ogni singola cosa assicurata secondo le norme che seguono:

a. in caso di Danno suscettibile di riparazione (che non comporti la sostituzione del singolo elemento costitutivo dell'impianto);

1. si stimano le spese di riparazione necessarie per ripristinare lo stato funzionale delle Cose danneggiate;
2. si stima il valore ricavabile dei residui al momento del Sinistro.

L'ammontare del Danno sarà uguale all'importo stimato come in 1., diminuito dell'importo come in 2.

b. in caso di Danno non suscettibile di riparazione (che comporti la sostituzione del singolo elemento costitutivo dell'impianto):

1. nel caso in cui vengano soddisfatte le seguenti condizioni:

- i. il Danno si sia verificato entro 5 anni dalla data dell'ultimo collaudo dell'impianto;
- ii. il rimpiazzo sia eseguito entro 6 mesi dalla data del Sinistro;
- iii. il costruttore non abbia cessato la fabbricazione dell'intero impianto/dell'elemento costitutivo dell'impianto/dell'apparecchio danneggiato, distrutto o sottratto, oppure questo sia ancora disponibile oppure ne siano disponibili i pezzi di ricambio.

L'ammontare del Danno sarà pari al costo di rimpiazzo a nuovo.

2. nel caso in cui non vengano soddisfatte le condizioni di cui al punto "i", del punto "1" e non venga soddisfatta alcuna delle condizioni di cui al punto "iii". si applicano le norme che seguono:

- 1) si stima il valore dell'impianto o dell'apparecchio al momento del Sinistro, tenuto conto della sua vetustà e del suo deperimento per uso o altra causa;
- 2) si stima il valore ricavabile dai residui.

L'Indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come 1), diminuito dell'importo stimato come 2).

Un Danno si considera non suscettibile di riparazione quando le spese di riparazione eguagliano o superano il costo di rimpiazzo a nuovo di una cosa dello stesso fornitore equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento - relativamente all'utilizzo fatto dall'Assicurato - e con data di immissione nel mercato non antecedente alla data di immissione del tipo della cosa danneggiata.

L'Assicuratore, comunque, si riserva il diritto di scegliere fra la riparazione o il rimpiazzo con altra cosa dello stesso fornitore, equivalente o superiore - relativamente all'utilizzo fatto dall'Assicurato - per caratteristiche, prestazioni e rendimento, e di provvedere direttamente alla riparazione o al rimpiazzo in luogo di indennizzare il Danno, nel qual caso deve darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Le spese per demolizione e sgombero devono essere tenute separate dalle stime di cui sopra, in quanto per esse non è operante il disposto dell'Art. 175 - "Assicurazione parziale" in caso di Danno non suscettibile di riparazione (che comporti la sostituzione del singolo elemento costitutivo dell'impianto).

Art. 174 - Determinazione dell'ammontare del danno per i danni indiretti

1. Per gli impianti dotati di sistema di Telecontrollo, si procede alla determinazione dell'Indennizzo secondo le norme seguenti:

- a. si considera la produzione media giornaliera di energia elettrica (in kWh/giorno), tramite lettura del contatore, relativamente alle 2 settimane antecedenti il Sinistro, con l'impianto regolarmente funzionante;
- b. si verifica la produzione di energia elettrica (in kWh/giorno) che l'impianto è in grado di erogare nei 3 giorni successivi al Sinistro, prima della riparazione;
- c. la differenza tra i valori calcolati ai punti a) e b) viene moltiplicata per:
 - i. il prezzo di vendita al kWh, contrattualizzato dal cliente con il gestore della rete;
 - ii. il valore dell'incentivo erogato dal GSE (Gestore della Rete di Trasmissione Nazionale) per impianti fotovoltaici, secondo quanto stabilito dal D. M. del 28.07.05 relativo al conto energia, e sue successive modifiche;
- d. l'Indennizzo complessivo sarà pari al valore risultante dalla somma dei punti "i" e "ii", moltiplicato per i giorni strettamente necessari a ripristinare la piena funzionalità dell'impianto, al netto dei giorni indicati in Polizza quali Franchigia.

Se, nei 6 mesi immediatamente successivi al termine del periodo di Indennizzo, l'Assicurato ottiene benefici esclusivamente in conseguenza dell'interruzione o riduzione dell'Attività dichiarata, tali benefici dovranno essere detratti dall'Indennizzo come sopra determinato.

Qualora il pagamento dell'Indennizzo da parte dell'Assicuratore fosse intervenuto prima dei 6 mesi suddetti, l'Assicurato è tenuto alla restituzione all'Assicuratore dell'importo corrispondente ai benefici ottenuti.

2. Per gli impianti non dotati di sistema di Telecontrollo, in caso di Sinistro indennizzabile a termini dei Danni diretti All risk verrà riconosciuta, a titolo di risarcimento per perdite di profitto, una somma forfettaria pari al 10% dell'Indennizzo liquidato a termini



delle predette Garanzie per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo, con il limite massimo di Euro 10.000,00.

Art. 175 - Assicurazione parziale

L'assicurazione è prestata per il capitale che il Contraente o l'Assicurato dichiara corrispondere al costo di rimpiazzo a nuovo delle Cose, ossia il loro prezzo di listino o, in mancanza, il costo effettivo per la sostituzione con una cosa nuova uguale. Qualora al momento del Sinistro il Capitale assicurato risulti inferiore al predetto costo di rimpiazzo a nuovo delle Cose, ossia il loro prezzo di listino o, in mancanza, il costo effettivo per la sostituzione con una Cosa nuova uguale verrà applicata la riduzione proporzionale dell'Indennizzo prevista dall'art. 1907 c.c..

Resta tuttavia convenuto che non si applicherà alcuna riduzione se il Valore a nuovo non ecceda il Capitale assicurato in misura superiore al 20%.

Pertanto, se dalle stime effettuate secondo i criteri previsti dalla Sezione, risulta che l'assicurazione copre solo una parte del valore che i beni assicurati avevano al momento del sinistro, e la somma assicurata risultasse insufficiente in misura superiore del 20%, l'Assicurato sopporta la parte proporzionale di danno per ciascuna somma assicurata risultata insufficiente, e la regola proporzionale, di cui all'art. 1907 del c.c., verrà applicata solo per l'eccedenza rispetto a detto 20%.

Se il Valore a nuovo eccede il Capitale assicurato in misura superiore al 20% il capitale di riferimento resta quello convenuto al momento della stipula.

AREA CYBER C. SETTORE PROTEZIONE

SEZIONE 16 – PERDITE PECUNIARIE

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

Art. 176 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore indennizza i Danni derivanti dagli eventi sotto riportati, nei limiti del Capitale Assicurato indicato in Polizza, da intendersi quale massima esposizione dell'Assicuratore per Sinistro e per Anno Assicurativo.

L'Assicurazione è prestata in forma "Discovery basis", ossia sono coperti i sinistri scoperti per la prima volta durante il Periodo di Durata dell'Assicurazione.

L'Assicuratore, a seguito di un Danno causato da un Attacco Informatico, rimborsa le spese necessariamente e ragionevolmente sostenute dall'Assicurato per:

- stabilire e documentare le cause;
- contenere il Danno;
- decontaminare il Sistema Informatico dal Malware che ha determinato il Danno;
- ripristinare e configurare i Dati ed il Sistema Informatico, ove possibile, nella stessa condizione in cui si trovavano immediatamente prima del suddetto Attacco Informatico.

Sono altresì compresi i servizi relativi alla gestione dell'emergenza nell'immediatezza del Sinistro.

Art. 177 - Riduzione del Capitale Assicurato

In caso di Sinistro, il Capitale Assicurato si intende ridotto con effetto immediato e fino al termine del Periodo di Durata dell'Assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile senza corrispondente restituzione del Premio.

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

Art. 178 - Rischi non assicurabili

Non sono assicurabili i Contraenti che appartengano ad una delle seguenti categorie:

- banche, intermediari finanziari in genere;
- società di servizi contabili e fiscali, CAF, patronati, società di revisione;
- studi notarili;
- cliniche private;



- tour operator;
- società di servizi informatici;
- consumatori.

Art. 179 – Condizioni di operatività delle Garanzie.

Le Garanzie di cui all'art. 176 sono operanti a condizioni che il Contraente:

- gestisca adeguate regole di rilascio ed utilizzo ed delle password;
- utilizzi anti-virus, anti-spyware o equivalenti sistemi di protezione dai malware, automaticamente aggiornati;
- abbia predisposto che tutti gli accessi alla Rete siano protetti da firewall;
- effettui regolari backups;
- gestisca gli aggiornamenti del Sistema e degli applicativi con le relative "patch" di sicurezza".

Art. 180 - Validità territoriale

L'Assicurazione è prestata per gli eventi avvenuti nelle sedi dell'attività svolta dall'Assicurato situate in Italia.

Art. 181 - Limiti di Indennizzo

L'Assicurazione è prestata con l'applicazione di uno Scoperto pari al 10% del Danno indennizzabile, con il minimo di € 500,00.

Art. 182 - Esclusioni

Sono esclusi:

1. tutte le tipologie di danno se le condizioni di operatività delle Garanzie, di cui all'art. 179 non risultino rispettate;
2. danni a terzi;
3. spese sostenute per implementare e migliorare il Sistema Informatico dell'Assicurato o i Dati in esso contenuti ad un livello superiore alla situazione precedente all'evento assicurato a meno che non sia inevitabile nell'ambito del Rispristino Dati del Sistema Informatico;
4. danni derivanti da guasti, interruzioni, indisponibilità, di sistemi di comunicazione, Internet Service, fornitura di elettricità e di qualsiasi altra Infrastruttura esterna che non sia sotto il controllo dell'Assicurato;
5. danni derivanti da qualsiasi Danno materiale diretto alle proprietà dell'Assicurato, compreso il Sistema Informatico, da qualunque causa determinato;
6. danni dovuti a difetti, errori nella progettazione, del Sistema Informatico dell'Assicurato, che rendano lo stesso non adeguato allo scopo per cui è pensato il suo utilizzo;
7. multe o sanzioni di qualsiasi natura;
8. ammontare di eventuali Riscatti pagati dall'Assicurato per terminare una Minaccia di Estorsione Cyber;
9. danni dovuti a perdite finanziarie conseguenti all'impossibilità di eseguire operazioni commerciali, investimenti, cessioni, compravendite di titoli finanziari di qualunque tipo;
10. danni conseguenti a violazione di leggi da parte dell'Assicurato o dell'Outsourcing Provider;
11. danni conseguenti a interruzioni previste e pianificate del Sistema Informatico dell'Assicurato;
12. danni derivanti da Furto, violazione o divulgazione di proprietà intellettuale (quali ad esempio copyright, marchi, brevetti);
13. danni relativi a servizi che un Outsourcing Provider ha appaltato a Terzi;
14. impatti economici negativi derivante da una riduzione o interruzione dell'attività caratteristica dell'Assicurato, dovuta all'indisponibilità del sistema informatico dell'Assicurato stesso, direttamente causata da un Attacco Informatico;
15. impatti economici negativi derivante da una riduzione o interruzione dell'attività caratteristica dell'Assicurato, causata da un System Failure;
16. interruzioni dell'attività dei Sistemi Informatici derivante da qualsiasi interruzione, comunque causata, della fornitura di energia elettrica, gas, acqua, fognature, internet, delle telecomunicazioni o dei servizi satellitari che non siano sotto il controllo operativo dell'Assicurato;
17. interruzioni dell'attività dei Sistemi Informatici disposto da Pubblica Autorità, quali la confisca, la nazionalizzazione, la requisizione, la distruzione, o l'interruzione dei Sistemi Informatici dell'Assicurato per ordine di una qualsiasi autorità governativa o pubblica;
18. importi illegalmente sottratti all'Assicurato, da parte di un Terzo, tramite trasferimento elettronico di tale importo a seguito di diretto e non autorizzato accesso ai conti bancari dell'Assicurato;
19. conoscenze pregresse, intendendo con ciò qualsiasi tipo di Attacco Informatico di cui l'Assicurato era a conoscenza prima dell'inizio del Periodo di Durata dell'Assicurazione;



20. guerra, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità od operazioni belliche e simili (indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o meno), guerre civili, ammutinamenti, tumulti popolari che assumano le dimensioni di o sfocino in sommosse popolari, sommosse militari, insurrezioni, ribellioni, rivoluzioni, usurpazione o presa militare del potere, legge marziale, confische, requisizioni o nazionalizzazioni o distruzione o danno alla proprietà (privata) in virtù o per ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale;
21. danni causati direttamente o indirettamente ovvero risultanti o derivanti da reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazioni radioattive, a prescindere da qualsiasi altra concausa di sinistro, concomitante o in altra sequenza;
22. danni derivanti dall'interruzione dell'attività a seguito dell'interruzione della fornitura e/o consegna di beni e servizi non informatici.

Inoltre, nel caso di utilizzo di apparecchiature elettroniche mobili, l'assicurazione non è operante se l'Assicurato non ha protetto il sistema informatico con le seguenti precauzioni:

- blocco automatico dell'apparecchiatura con password dopo un tempo massimo di 15 minuti;
- protezione con sistemi di crittazione dei Dati contenuti nei supporti di memorizzazione dell'apparecchiatura (ad esclusione della RAM) inerenti all'attività prestata dall'Assicurato;
- configurazione dell'eventuale connessione Bluetooth in modo tale da non rendere l'apparecchiatura visibile, e tale da permettere la connessione solamente ad apparecchiature esplicitamente autorizzate.

Art. 183 - Obblighi in caso di Sinistro

SERVIZIO DI ORIENTAMENTO E CONSULENZA

In caso di sinistro, l'Assicurato deve immediatamente contattare la centrale operativa del Service Provider. L'Assicurato può accedere al seguente livello di servizio:

- Finestra di supporto: 12h x 5 gg (7:00-19:00//lun-ven)
- Durata massima di ciascuna attività di supporto: 45 minuti
- Canale di supporto telefonico: 049 7442662

Fornendo gli estremi del numero della polizza, l'Assicurato avrà modo di segnalare al Service Provider l'evento di sicurezza, allo scopo di raccogliere le prime istruzioni per cercare di contenere il danno verificatosi.

Si precisa che:

- Il supporto specialistico ha esclusivamente un ruolo consulenziale nei termini di lettura e interpretazione delle informazioni prodotte dalla piattaforma cloud Auralyze e di orientamento dell'Assicurato nella definizione delle attività di mitigazione/intervento in caso di eventi od incidenti di sicurezza;
- Il supporto specialistico non effettuerà direttamente alcuna attività di mitigazione o intervento sui sistemi del cliente siano essi in house o cloud. Il cliente dovrà effettuare tali attività in autonomia o mediante terze parti incaricate;
- Tutti i servizi di consulenza ed orientamento verranno erogati in modalità telefonica e non sono previsti interventi in loco.

L'Assicurato deve:

1. successivamente adottare tutte le misure ragionevoli e necessarie per ridurre al minimo gli effetti dell'Evento Assicurato.
2. avvisare l'Assicuratore entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'art. 1913 c.c., inviando la denuncia del sinistro:
 - per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA - Italia
 - per e-mail: claims@netinsurance.it
 - per fax: +39 06 97625707
3. presentare tempestivamente denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo per i fatti di rilevanza penale; nella denuncia dovrà essere indicato: il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta e l'entità approssimativa del Danno, indicando Net Insurance S.p.A. come Assicuratore. La copia della denuncia dovrà poi essere trasmessa all'Assicuratore.

L'Assicurato deve altresì:

- a) fornire prova dell'Evento Assicurato che ha dato luogo al Sinistro e delle spese sostenute;
- b) fare tutto quanto possibile e necessario per stabilire la causa e l'entità del Danno;
- c) conservare e mettere a disposizione dell'Assicuratore l'Hardware, il software e i Dati colpiti dall'Evento Assicurato;
- d) rispettare tutte le raccomandazioni fatte dall'Assicuratore;
- e) fornire la massima collaborazione possibile nelle indagini, nella difesa e nella definizione del Sinistro.



Se l'Assicurato non rispetta uno degli obblighi indicati ai punti 1, 2 e 3 può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui al punto 1 sono a carico dell'Assicuratore come indicato all'art. 1914 c.c.

Art. 184 - Procedura per la valutazione del Danno

L'ammontare del Danno è concordato dall'Assicuratore, o da persona da questa incaricata, con il Contraente o con una persona da lui designata. Alternativamente le Parti, di comune accordo, possono nominare due periti, uno per Parte, con apposito atto unico.

I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi.

Il terzo perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza. Ciascun perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine anche su istanza di una sola delle Parti sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio perito, quelle del terzo perito 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 e successive modifiche, avanti ad organismo di mediazione abilitato.

Art. 185 - Mandato ai periti

I periti devono:

- indagare su circostanze, natura, causa e modalità del Sinistro;
- verificare che siano soddisfatte le "Condizioni di operatività delle Garanzie" di cui all'art.179;
- verificare se l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi previsti di cui all'Art. 183 – "Obblighi in caso di Sinistro";
- procedere alla stima ed alla liquidazione del Danno e delle spese in conformità delle disposizioni contrattuali.

Nel caso di procedura per la valutazione del Danno effettuata ai sensi dell'Art. 184 - "Procedura per la valutazione del Danno", se nominato un collegio peritale, i risultati delle loro operazioni devono essere raccolti in apposito verbale, allegando le stime dettagliate. Il verbale deve essere redatto in doppia copia, una per ognuna delle Parti.

La perizia collegiale è valida anche se un perito si rifiuta di sottoscriverla; il rifiuto deve essere riportato dagli altri periti nel verbale definitivo di perizia.

I periti non sono tenuti ad osservare alcuna formalità giudiziaria.

Art. 186 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della Garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore deve provvedere al pagamento dell'Indennizzo, entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'atto di liquidazione del danno, sempre che non sia stata fatta opposizione in base all'art. 2742 del Codice Civile.

AREA CYBER

D. SETTORE PREVENZIONE E MONITORAGGIO

SEZIONE 17 – SERVIZI DI PREVENZIONE E MONITORAGGIO

L'Assicuratore per il tramite esclusivo del "Service Provider" mette gratuitamente a disposizione del Contraente i seguenti servizi:

Data Breach - Monitoraggio e rilevamento di compromissione di dati aziendali/personali. Nel momento in cui il Service rileva una violazione, il sistema lo notificherà l'amministratore di sistema.	Check settimanale di massimo 5 indirizzi e-mail
Continuous scanning - Monitoraggio e rilevamento delle porte accessibili da rete pubblica. Nel momento in cui una porta viene aperta essa rappresenta una potenziale area di rischio (ad es: attività maligne di Ransomware/BotNet).	Check settimanale di 1 indirizzo IP pubblico
Spam Reputation - Monitoraggio e rilevamento della reputazione degli indirizzi e-mail per evitare di venire bloccati dai servizi antispam.	Check settimanale di 1 indirizzo IP (dominio pubblico)

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

Threat Intelligence - Monitoraggio della «cyber reputation» delle risorse aziendali (IP pubblici e domini).	Check settimanale di 1 indirizzo IP
Canali di contatto: auralyze@nethive.it telefono: 049 7442662	12h x 5gg (7.00 -19.00 // lun – ven)



ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Tabella 1 - LAVORATORI AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
A001	Commercianti – Negozianti – Esercenti attività alberghiere e ristorazione	2
A002	Libero professionista con sola attività in studio (ad es: avvocati, notai, commercialisti, consulenti di settori vari)	1
A003	Libero professionista anche con missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
A004	Libero professionista anche con missioni esterne ma senza accesso a cantieri	2
A005	Professioni sanitarie (medici, paramedici, veterinari) – Farmacisti	2
A006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, caprini, 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 / chimico, compresi accessi a settori tossici	3
A012	Insegnante attività sportive – Guida alpina	3
A013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti, Fabbri, Autoriparatori, Vetrai, Benzinai.	3
A014	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri, Tassisti.	3
A015	Operatori dello spettacolo ((escluse attività circensi e ballerini professionisti)	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	Forze Armate e dell'ordine con mansioni amministrative interne	2
B002	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con sola attività amministrativa	1
B003	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti anche con missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
B004	Professioni sanitarie (medici, paramedici, veterinari) – Farmacisti	2
B005	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti anche con missioni esterne ma senza accesso a cantieri	2
B006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, caprini, 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	Operatori dello spettacolo ((escluse attività circensi e ballerini professionisti)	3
B011	Operai imprese settore meccanico	3
B012	Dipendenti con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
B013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti, Fabbri, Autoriparatori, Vetrai, Benzinai.	3
B014	Operai imprese settore trasporti (Autisti, Corrieri, Pony Express, Postini, Macchinisti...)	3
B015	Forze Armate e dell'ordine con mansioni esterne (missioni all'estero escluse), Vigile del Fuoco, Guardia Forestale, Guardia Giurata, Guardia municipale, Guardia Penitenziaria	3
B016	Operai altri settori – Commessi di esercizi commerciali	2
B017	Insegnanti – Assistenti sociali	2
B018	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	2
B019	Lavoratori domestici – badanti – baby sitter	2

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS



Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale

B020	Lavoratori in cooperative	2
B021	Dipendenti settore alberghiero e ristorazione (ad es: camerieri, cuochi, etc..)	2

Tabella 3 - NON LAVORATORI

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



ALLEGATO 2. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI

Descrizione intervento chirurgico	Classe di intervento
CARDIOCHIRURGIA	
Angioplastica coronarica singola	IV
By-pass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	VI
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	V
Commisurotomia per stenosi mitralica	V
Contropulsazione aortica mediante incanalamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvola singola (C.E.C.)	VI
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	VII
Trapianto cardiaco	VII
Valvuloplastica chirurgica	VI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Ablazione transcateretere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
Coronografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espanto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretere e programmazione elettronica	VI
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espanto (come unico intervento)	II
Sostituzione generatore pace maker definitivo	II
Studio elettrofisiologico endocavitario	II
Valvuloplastica cardiaca	IV
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
Ascesso mammario, incisione del	I
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	IV
CHIRURGIA DELLA MANO	
Amputazioni carpal	II
Amputazioni falangee	II
Amputazioni metacarpali	II
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III

Artrodesi carpale	IV
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	III
Artroplastica	IV
Descrizione intervento chirurgico	
Classe di intervento	
Artroprotesi carpale	V
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	V
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	III
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	IV
Lesioni tendinee, intervento per	II
Manico spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	III
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	III
Osteotomie (come unico intervento)	III
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	III
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	III
Retrazioni ischemiche, intervento per	V
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	VI
Rigidità delle dita	III
Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	III
Sinovialectomia (come unico intervento)	III
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI
CHIRURGIA DEL COLLO	
Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Biopsia prescalenica	I
Fistola esofageo-tracheale, intervento per	V
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	III
Ghiandola sottomascellare, asportazioni per tumori maligni	IV
Linfadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia sopraclaveare	III
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheotomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di	IV
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia	VI
Esofago, resezione parziale dell'	VI

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastropastica - esofagodigiunoplastica - esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	IV
Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigna dell'esofago, interventi per	V
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica	II
Varici esofagee: intervento trans toracico o addominale	V
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Agobiopsia/agoaspirato	I
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	VI
Biopsia epatica (come unico intervento)	II
Calcoli intraepatici, intervento per	V
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	V
Colecistectomia	IV
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
Colecistectomia per neoplasia non resecabili	IV
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	V
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
Dearterializzazione epatica con o senza chemioterapia	IV
Deconnessione azygos-portale per via addominale	V
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	IV
Incanulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	II
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	V
Papilla di Vater, exeresi	IV
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	IV
Papillotomia, per via endoscopica	III
Resezioni epatiche maggiori	VI
Resezioni epatiche minori	V
Trapianto di fegato	VII
Vie biliari, interventi palliativi	V
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura ricostruzione continuità	IV
Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
Appendicectomia semplice	III
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	III
Ascesso perianale, intervento per	III
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	VI
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	V
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	III
Colectomia segmentaria	V
Colectomia segmentaria, con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colectomia totale	V
Colectomia totale con linfadenectomia	VI
Colectomia con colorrafia (come unico intervento)	IV
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	III

Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	IV
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	IV
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digiunostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, criochirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV
Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione per dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I
Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	V
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Biopsia (come unico intervento)	II
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenoraffie, resezioni spleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatemia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	VI
Pancreatemia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI



Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII
CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE	
Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perianale)	IV
Laparocoele, intervento per	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III
CHIRURGIA DEL PERITONEO	
Ascesso del Douglas, drenaggio	III
Ascesso sub-frenico, drenaggio	IV
Laparoscopia esplorativa/diagnostica/operativa	II
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	V
Laparotomia con resezione intestinale	V
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	IV
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	IV
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	V
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	V
Laparotomia per peritonite diffusa	IV
Laparotomia per peritonite saccata	IV
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	IV
Lavaggio peritoneale diagnostico	I
Occlusione intestinale con resezione	V
Occlusione intestinale senza resezione	IV
Paracentesi	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	V
CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI	
Ascesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
Ago aspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo casi descritti	I
Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di	I
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
Cisti tronco/arti, asportazione di	I
Corpo estraneo superficiale o profondo extracavitario, estrazione di	I
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I
Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di	I
Espianto di catetere peritoneale	I
Ferita superficiale o profonda della faccia, sutura di	I
Ferita superficiale o profonda, sutura di	I
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I

Patereccio superficiale, profondo o osseo, intervento per	II
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	II
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di	I
Unghia incarnita, asportazione o cura radicale di	I
CHIRURGIA DELLO STOMACO	
Dumping syndrome, interventi di riconversione per	V
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	IV
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	VI
Gastrectomia totale con linfoadenectomia	VI
Gastrectomia totale per patologia benigna	V
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	IV
Gastrostomia (PEG)	III
Piloro plastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, tronculare con piloro plastica	V
Vagotomia superselettiva	V
CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE	
Calcolo salivare, asportazione di	II
Cisti del mascellare, operazione per	II
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	I
Condilectomia (come unico intervento)	III
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	IV
Corpi estranei profondi dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	II
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	I
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	II
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleo-resezione di	IV
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	II
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	VI
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	IV
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	IV
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	II
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	IV
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	V
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	VI
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	IV
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	II
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	III
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	V
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	V
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	VI
Menisectomia dell'articolazione temporomandibolare (come unico intervento)	III

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Neoformazione endossea di grandi dimensioni, exeresi di	III
Neoformazione endossea di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare) exeresi di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	V
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	III
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	II
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	V
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	IV
Parotidectomia parziale o totale	V
Plastica di fistola palatina	III
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
Ranula, asportazione di	II
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	V
Scappucciamento osteo-mucoso dente semincluso	I
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	IV
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo peduncolato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II
Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi dimensione, correzione di	II
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV

Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	III
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Plastica V/Y, YV	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	III
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	V
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	IV
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	II
Riparazione di P.S.C. con lembo fascio cutaneo	III
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	IV
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero micro vascolare	V
Trasferimento di lembo peduncolato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Agobiopsia pleurica/pleurica puntura esplorativa	I
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Biopsia sopraclavare	I
Broncoinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastinici acuti o cronici o di ascessi	II
Drenaggio cavità empi ematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bolloso, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	III
Ferite con lesioni viscerali del torace	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di	VI
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III
Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flying chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
Pleurectomie	V
Pleuropneumonectomia	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumonectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I
Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione bronchiale con reimpianto	VI
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezione segmentaria o lobectomia	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	V
Sindromi stretto toracico superiore	V
Timectomia	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracoscopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
Trapianto di polmone	VII
CHIRURGIA VASCOLARE	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie viscerali e tronco sovraortici	V
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succulativa	V
By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	II
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-verrebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroideamascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedidie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III
Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
Tromboendoartectomia aorto-iliaca ed eventuale pastica vasale	VI
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI

Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II
CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER	
Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	I
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	I
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (condilomi, etc.) (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	I
GASTROENTEROLOGIA	
Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	I
GINECOLOGIA	
Adesiolisi	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	V
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	V
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	IV
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	IV
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	IV
Cisti vaginale, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterili, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	IV
Isteropessi	IV
Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsia (come unico esame)	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	III
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	I
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	II
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e biptica	V

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Laparomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie per via vaginale	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	III
Plastica vaginale anteriore, e posteriore, intervento di	IV
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	III
Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	IV
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	III
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfoadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfoadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomia parziale	III
Vulvectomia parziale con linfoadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomia totale	IV
OSTETRICIA	
Aborto terapeutico	II
Amniocentesi	II
Assistenza al parto con taglio cesareo (e/o distocico con o senza episiotomia) conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	IV

Biopsia villi coriali	II
Cerchiaggio cervicale	II
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	I
Cordocentesi	II
Fetoscopia	II
Lacerazione cervicale, sutura di	I
Laparotomia esplorativa	II
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	V
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	I
Revisione delle vie del parto, intervento per	II
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	IV
NEUROCHIRURGIA	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	VI
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicali varie, interventi di	VI
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splanchnicectomia	V
Ipfisi, intervento per via transfenoidale	VI
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V
Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI
Neurolisi (come unico intervento)	III
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	III
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
Plastica volta cranica	VI
Plesso brachiale, intervento sul	V
Puntura sottoccipitale per prelievo liquido o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
Rachicentesi per qualsiasi indicazione	I
Rizotomie e micro decompressioni radici endocraniche	VI

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno catotideo, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: stelletomia, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	V
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	III
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	IV
Simpatico lombare: splancnicetomia, intervento sul	IV
Stenosi vertebrale lombare	V
Stereotassi, intervento di	V
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	III
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	VII
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	IV
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	III
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	IV
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	VI
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	VII
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	V
Tumori della base cranica, intervento per via trans orale	VII
Tumori orbitali, intervento per	VI
OCULISTICA BULBO OCULARE	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV
OCULISTICA CONGIUNTIVA	
Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II
Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I
OCULISTICA CORNEA	
Cheratomiileusi	III
Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Odontocherapotesi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V

OCULISTICA CRISTALLINO	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	III
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	III
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	II
Cataratta molle, intervento per	III
Cataratta secondaria, discissione di	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	II
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	III
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	II
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	III
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	III
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	III
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
OCULISTICA IRIDE	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II
OCULISTICA MUSCOLI	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III
OCULISTICA INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Alcolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclodiatomia perforante	II
Goniotomia	III
Idrocicloretroazione, intervento di	IV
Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
Operazione fistolizzante	IV
Trabeculectomia	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale-intervento combinato	V
Trabeculotomia	III
OCULISTICA ORBITA	
Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endoorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
OCULISTICA PALPEBRE	
Ascesso palpebrale, incisione di	I

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: una palpebra	II
Calazio	II
Cantoplastica	II
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: una palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	I
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	I
Tarsorrafia (come unico intervento)	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II
OCULISTICA RETINA	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiale usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
Vitrectomia anteriore e posteriore	V
OCULISTICA SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
OCULISTICA SOPRACCIGLIO	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
OCULISTICA TRATTAMENTI LASER	
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	II
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovascolari	I
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	I
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	I
Laserterapia iridea	I
Laserterapia lesioni retiniche	I
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	I
Trattamenti laser per cataratta secondaria	I
OCULISTICA VIE LACRIMALI	
Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesi)	I
Dicriocistorinostomia o intubazione	III
Fistola, asportazione	I
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I
Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali	I
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
Stricturotomia (come unico intervento)	I
Vie lacrimali, ricostruzione	III
ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI	
Acromioplastica anteriore	IV
Agoaspirato osseo	I
Alluce valgo, correzione di	III
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	V
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	IV

Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	III
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	II
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	VI
Artrodesi: grandi articolazioni	IV
Artrodesi: medie articolazioni	II
Artrodesi: piccole articolazioni	II
Artroliresi: grandi	III
Artroliresi: medie	II
Artroliresi: piccole	II
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	V
Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Artroprotesi polso	V
Artroprotesi spalla, parziale	VI
Artroprotesi spalla, totale	VI
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: ginocchio	VI
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo: drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III
Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemoneucleosi per ernia discale	IV
Cisti menisciale, asportazione di	III
Condrectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Emipelvectomy	VI
Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Esostosi semplice, asportazione di	II
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
Lateral release	I
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	III

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Midollo osseo, espanto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, etc.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Riempimenti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione delta sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)	VI
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V
ORTOPEDIA-TENDINI, MUSCOLI, FASCE	
Biopsia muscolare	I
Deformità ad asola	IV
Dito a martello	II
Ganegli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III

Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV
OTORINOLARINGOIATRIA : FARINGE-CAVO ORALE-OROFARINGE E GHIANDOLE SALIVARI	
Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o laterofaringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugrolomia	I
Velofaringoplastica	IV
OTORINOLARINGOIATRIA : NASO E SENI PARANASALI	
Adenoidectomia	II
Adenotonsillectomia	III
Cateterismo seno frontale	I
Cisti o piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III
Ematoma, ascesso del setto, drenaggio di	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	IV
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	III
Fistole oro-antrali	I
Frattura delle ossa nasali, riduzione di	I
Ozena, cura chirurgica dell'	II
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	I
Rinofima, intervento	II
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	V
Rino-settoplastica ricostruttiva o funzionali (escluse finalità estetiche) compresa turbinotomia	III
Rino-settoplastica, revisione di	II
Seni paranasali, intervento per mucocoele	IV
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	V
Seno frontale, svuotamento per via nasale o esterna	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	III
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	II
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	V
Sinechie nasali, recisione di	I
Speroni o creste del setto, asportazione di	I
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	III
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	VI
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	I
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	I
Turbinotomia (come unico intervento)	II
Varici del setto, trattamento di	I
OTORINOLARINGOIATRIA : ORECCHIO	
Antro-atticotomia con labirintectomia	VI
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extra durale, apertura per via transmastoidica	VI

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	I
Drenaggio transtimpanico	I
Ematoma del padiglione, incisione di	I
Fistole congenite, asportazione di	II
Mastoidectomia	IV
Mastoidectomia radicale	V
Miringoplastica per via endoaurale	III
Miringoplastica per via retroauricolare	IV
Miringotomia (come unico intervento)	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	II
Neoplasie del condotto, exeresi di	II
Nervo vestibolare, sezione del	VI
Neurinoma dell'ottavo paio, asportazione di	VI
Osteomi del condotto, asportazione di	II
Petrosectomia	VI
Petrositi suppurate, trattamento delle	V
Polipi o cisti del padiglione o retro auricolari, asportazione di	I
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
Stapedectomia	V
Stapedotomia	V
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	V
Timpanoplastica secondo tempo di	III
Timpanoplastica esplorativa	II
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V

OTORINOLARINGOIATRIA : LARINGE E IPOFARINGE

Adduttori, intervento per paralisi degli	V
Ascesso dell'epiglottide, incisione	I
Biopsia in laringoscopia	I
Biopsia in microlaringoscopia	I
Cauterizzazione endolaringea	I
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	III
Corpectomia (anche laser)	V
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
Diaframma laringeo, e scissione con ricostruzione plastica	IV
Laringectomia parziale	V
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	VI
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Laringocele	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
Neoformazioni benigne asportate in microlaringoscopia	II
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcolizzazione del	II
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II

UROLOGIA : ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	II
Cistoscopia ed eventuale biopsia	II
Cromocito scopia e cateterismo uretrale mono o bilaterale	I
Cromoscitoscopia e valutazione funzionale	I
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	I
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I

UROLOGIA : ENDOSCOPIA OPERATIVA

Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	IV

Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione citoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta)	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	IV
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrotomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVF)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrotomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II

UROLOGIA : PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA

Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I

UROLOGIA : PROSTATA

Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV

UROLOGIA : RENE

Agobiopsia renale percutanea	I
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lobotomia per ascessi pararenali	IV
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	VI
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V
Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	VI
Pielocaliclitomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Persone e del Patrimonio Aziendale



Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
Trapianto del rene	VII
UROLOGIA : URETERE	
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	V
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterali), intervento di cutaneostomia	VI
Ureteroileocutaneostomia non continente	V
Uterolisi più omento plastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meato plastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso muscolo uretrale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV
Uretrectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o pedunculati), trattamento completo	V
Uretrostomia perineale	III
UROLOGIA : VESCICA	
Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V
Cistectomia parziale semplice	IV
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o coloblaster	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	VI
Cistolitotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistomania sovra pubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticulectomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV

Fistola sovra pubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V
UROLOGIA : APPARATO GENITALE MASCHILE	
Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
Biopsia testicolare mono o bilaterale	I
Cisti del testicolo o dell'epididimo, exeresi	II
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	II
Deferenti, ricanalizzazione dei	IV
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	V
Epididimectomia	III
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	II
Fistole scrotali o inguinali	III
Frenulotomia e frenulo plastica	I
Funicolo, detorsione del	III
Idrocele, intervento per	II
Idrocele, puntura di	I
Indutario penis plastica, interventi per	IV
Corpi cavernosi (corporoplastiche, ect.) interventi sui	IV
Orchidopessi mono o bilaterale	III
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	V
Orchiectomia sotto capsulare bilaterale	III
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	IV
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	III
Parafimosi, intervento per	II
Pene, amputazione parziale del	III
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	V
Pene amputazione totale del	IV
Posizionamento di protesi peniena	V
Priapismo (percutanea), intervento per	II
Priapismo (shunt), intervento per	III
Scroto, resezione dello	II
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	II
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati dalle Compagnie, a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con i Titolari (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

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

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

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende

perseguimento del legittimo interesse delle Compagnie alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

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

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

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

4) Modalità del trattamento dei dati

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

- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- 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;
- 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

- 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.
- 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.
- I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.), banche e organismi associativi e consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalle Compagnie.

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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, le Compagnie si impegnano a garantire livelli di tutela e salvaguardia 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 alle Compagnie – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

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
messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE



PROPOSTA PROTECTION BUSINESS N. _____		
Le coperture saranno operanti solo con l'emissione della polizza assicurativa ed il pagamento del relativo premio.		
Intermediario _____	Cod. Filiale _____	Cod. Prod. _____

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome e Nome/Ragione Sociale	_____		
Codice Fiscale/P. Iva	_____		
Indirizzo Residenza/Sede Legale	_____	n. civico	_____
Comune e provincia	_____ ()	c.a.p.	_____
Indirizzo e-mail	_____	Telefono	_____
Settore/Attività	_____		
Numero complessivo di addetti/posti letto	_____	Sei aperto da meno di un anno?	_____
Provenienza rischio da altra compagnia	SI ☐ NO ☐		
Presenza Mutuo	SI ☐ NO ☐	Identificativo Mutuo	_____

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome e Nome	_____		
Nato a	_____	Il	_____
Codice fiscale	_____		
Residente in (via, piazza, ecc.)	_____	n. civico	_____
Città e provincia	_____ ()	c.a.p.	_____
Indirizzo e-mail	_____	n. cellulare	_____

RECAPITO DI POLIZZA (valorizzare se diverso da Residenza/Sede Legale)

Indirizzo	_____	n. civico	_____
Comune e provincia	_____ ()	c.a.p.	_____

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



DATI DI POLIZZA

Emissione					
Data Effetto dalle 24 del		Data scadenza dalle 24 del			
Durata del contratto: anni e giorni					
Frazionamento		Tacito rinnovo	SI	Convenzione	
Condizioni di assicurazione operanti:	Mod. NET/0108/01 Ed. 06-2025				
Modalità di Pagamento:	Addebito in conto corrente				
IBAN del Contraente:					

GARANZIE SETTORE BENESSERE

In caso di acquisto di garanzie della Sezione 5. Salute:

Formula opzionata: ☐ INDIVIDUALE ☐ GRUPPO FAMILIARE

In caso di opzione della FORMULA PER "GRUPPO FAMILIARE", i soggetti più avanti indicati come "Persone Assicurate" devono intendersi far parte dello stesso "GRUPPO FAMILIARE" dell'Assicurato n.1, secondo il Piano Assicurativo indicato per tale soggetto.

GARANZIE		CAPITALE/PROFILO	PREMIO ANNUO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO ANNUO LORDO
Salute	Piano Assicurativo A	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
	Piano Assicurativo B	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
	Piano Assicurativo C	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
	Piano Assicurativo D	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			

PERSONE ASSICURATE

ASSICURATO _____

Cognome e Nome					
Nato a					
Codice fiscale					
Residente in (via, piazza, ecc.)				n. civico	
Città e provincia				c.a.p.	
Professione		Tipo Professione			
Peso		Altezza			

Garanzie Assicurato _____		CAPITALE/PROFILO	PREMIO ANNUO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO ANNUO LORDO
Temporanea Caso Morte					
Indennitaria Gravi Malattie					
Infortuni	Morte				
	Invalidità Permanente				
	Inabilità Temporanea				
	Rimborso spese di cura				

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



	Diaria da Ricovero				
	Sport pericolosi	SI ☐	NO ☐		
Invalidità Permanente da Malattia					
Salute	Piano Assicurativo A	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
	Piano Assicurativo B	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
	Piano Assicurativo C	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
	Piano Assicurativo D	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
Assistenza alle Persone	Assistenza persona	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
Assistenza Travel	Assistenza in viaggio	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
Assistenza Travel Gold	Assistenza in viaggio Gold	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
Conto Protetto (*) Operante sul c/c Codice IBAN		COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			

(*) L'Assicurato prende atto che unico Beneficiario della prestazione Conto Protetto prevista dal presente contratto è il Contraente (Azienda Aderente). L'Assicurato rinuncia sin d'ora ad ogni pretesa connessa e inerente alla Prestazione stessa.

L'Assicurato _____
(se minore chi ne esercita la potestà)

Avvertenza: l'Assicurato dichiara altresì di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

<LUOGO E DATA>

L'Assicurato _____
(se minore chi ne esercita la potestà)

BENEFICIARI (VALIDO PER LA GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE E PER MORTE DA INFORTUNIO)

AVVERTENZE:

- in caso di mancata compilazione dello spazio dedicato all'indicazione dei dati anagrafici del beneficiario, l'Assicuratore potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario;
- la modifica o la revoca del beneficiario indicato nominativamente deve essere comunicata all'impresa

BENEFICIARIO IN FORMA NOMINATIVA

Cognome e Nome			
Nato a		il	
Codice fiscale			
Residente in (via, piazza, ecc.)		n. civico	
Città e provincia	()	c.a.p.	
Indirizzo e-mail		Telefono	

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



BENEFICIARIO IN FORMA NON NOMINATIVA

Il sottoscritto Contraente della presente polizza dichiara espressamente di voler identificare il Beneficiario in forma non nominativa ed a tale proposito indica quale Beneficiario:

☐ EREDI LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO

☐ _____

<LUOGO E DATA>

Il Contraente (Rappresentante Legale) _____

Il sottoscritto Contraente della presente polizza:

☐ DA' IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

all'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima del decesso dell'Assicurato.

<LUOGO E DATA>

Il Contraente (Rappresentante Legale) _____

REFERENTE TERZO DIVERSO DAL BENEFICIARIO

Nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, può identificare un referente terzo, diverso dal Beneficiario, a cui l'Assicuratore potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome e Nome	_____		
Nato a	_____	Il	_____
Codice fiscale	_____		
Residente in (via, piazza, ecc.)	_____		n. civico
Città e provincia	_____ ()	c.a.p.	_____
Indirizzo e-mail	_____	Telefono	_____

<LUOGO E DATA>

Il Contraente (Rappresentante Legale) _____

Il Sottoscritto Assicurato dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

LUOGO E DATA>

L'Assicurato _____
(se minore chi ne esercita la potestà)

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- L'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con l'evidenza del costo a suo carico
- L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

Si specificano di seguito i seguenti significati:

- conclusione del trattamento attivo della patologia:** ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



- **trattamento farmacologico antitumorale:** chemioterapia, terapia ormonale, immunoterapia, terapia mirata, agenti biologici, trapianto di midollo osseo, terapia cellulare o genica, trial clinici. Rientra nella definizione di trattamento farmacologico antitumorale qualsiasi eventuale combinazione dei trattamenti sopra elencati o altri approcci medici basati sull'evidenza, a seconda del tipo e dello stadio della patologia oncologica. Queste terapie possono essere impiegate in qualunque fase del trattamento della patologia oncologica (sia come terapie adiuvanti che neoadiuvanti).
- **recidiva:** qualsiasi nuova manifestazione clinica associabile ad una patologia oncologica precedente, diagnosticata sia attraverso un esame biologico o di diagnostica per immagini.
- **guarigione:** è da intendersi come equivalente al termine medico di remissione completa, cioè l'assenza di segni e sintomi relativi a una malattia oncologica. La guarigione può essere attestata, tra le altre cose, da un esame fisico, da indagini radiologiche e da biomarcatori sierici.

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e Nome			
Data di nascita			
Indirizzo Residenza		n. civico	
Comune e provincia	()	c.a.p.	
Codice Fiscale			
Indirizzo e-mail			
Cellulare			
Peso (Kg)		Altezza (cm)	

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Le risposte e le informazioni previste in questo documento devono essere fornite dall'Assicurato o, se minorenni, dalla persona esercente la potestà. Per la validità della copertura il documento deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato in quanto consente la valutazione del rischio da parte della Società.

L'Assicurato è consapevole che sono escluse dall'Assicurazione:

- e) gli stati invalidanti, gli Infortuni, le Malattie in genere, già conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette (**tale esclusione non riguarda le patologie oncologiche come meglio specificato nelle Avvertenze sulla compilazione lettera d**);
- f) le sintomatologie persistenti - ad esempio dolori al petto, costipazione, sangue nelle feci, tosse, ipertensione, tumefazioni, noduli, rigonfiamenti, emicranie, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento ghiandole linfatiche - per le quali l'Assicurato non ha ancora ricevuto una diagnosi ma a fronte delle quali ha in programma di sottoporsi nei giorni successivi alla sottoscrizione della polizza ad accertamenti sanitari oppure è in attesa di ricevere gli esiti di tali accertamenti.

L'Assicurato è consapevole che non sono assicurabili, indipendentemente dall'eventuale valutazione dello stato di salute al momento della richiesta di accesso in copertura, le persone affette da:

- g) alcolismo
- h) tossicodipendenza
- i) infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Inoltre, se nel corso della copertura insorge una di queste patologie la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi, tranne, riguardo all' infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS, quanto previsto all'art. 25, comma 13.

<LUOGO E DATA>

L'Assicurato _____

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



(se minore chi ne esercita la potestà)

QUESTIONARIO SANITARIO

(SEZ. 1 – TCM – SEZ. 3 INFORTUNI Diaria da Ricovero – SEZ. 4 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA – SEZ. 5 SALUTE)

1. È in attesa di ricovero o intervento chirurgico?	Si ☐	No ☐
2. Ha già subito un intervento, ricevuto una diagnosi o è in attesa degli esiti di esami, cure o trattamenti in merito a una o più delle seguenti malattie/disturbi: • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma? (Ferma l'esenzione dalla dichiarazione prevista alle Avvertenze sulla compilazione lettera d) • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris? • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale? • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria? • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, ad esempio, il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa? • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere? • diabete (tipo 1 e 2)? • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite?	Si ☐	No ☐
3. Soffre di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), iperipertroidismo non controllato da terapia/farmaci?	Si ☐	No ☐
4. Le è stata riconosciuta un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o ha fatto domanda per ottenerla?	Si ☐	No ☐
5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti?	Si ☐	No ☐

<LUOGO E DATA>

L'Assicurato _____

(se minore chi ne esercita la potestà)

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO _____ SEZ. 2 - INDENNITARIA GRAVI MALATTIE _____

Le risposte e le informazioni previste in questo documento devono essere fornite dall'Assicurato o, se minorenne, dalla persona esercente la potestà. Per la validità della copertura il documento deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato in quanto consente la valutazione del rischio da parte della Società.

L'Assicurato è consapevole che sono escluse dall'Assicurazione le Malattie in genere, già conosciute, diagnosticate o curate anteriormente alla stipula dell'Assicurazione nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette.

j) alcolismo
k) tossicodipendenza
l) infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS

L'Assicurato _____
(se minore chi ne esercita la potestà)

Cognome e Nome			
Data di nascita			
Indirizzo Residenza		n. civico	
Comune e provincia	()	c.a.p.	
Codice Fiscale			
Peso (Kg)		Altezza (cm)	
Indirizzo e-mail			
Cellulare			

[illegible]

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



• nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere? • diabete (tipo 1 e 2)? • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite?	Sì ☐	No ☐
3. Soffre di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci?	Sì ☐	No ☐
4. Le è stata riconosciuta un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o ha fatto domanda per ottenerla?	Sì ☐	No ☐
5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti?	Sì ☐	No ☐
6. Le è mai stata rifiutata oppure accettata a condizioni particolari da qualsiasi altra società di Assicurazione una proposta per un'assicurazione Malattie Gravi (o Dread Disease o Critical Illness), invalidità, spese mediche o sulla vita?	Sì ☐	No ☐
7. Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni prima dell'età di 60 anni?	Sì ☐	No ☐

<LUOGO E DATA>

L'Assicurato _____

(se minore chi ne esercita la potestà)

GARANZIE SETTORE PATRIMONIO/CYBER

GARANZIE (valide per tutti gli Immobili assicurati)	CAPITALE ASSICURATO	PREMIO ANNUO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO ANNUO LORDO
Responsabilità Civile dell'attività (RCT)				
Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro (RCO)				
Tutela Legale	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
Protezione incassi POS	COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE			
Cyber				
TOTALE				

UBICAZIONE IMMOBILE _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.)				n. civico			
Città e provincia		()		c.a.p.			
Scala		Piano		Interno		Mq.	
Foglio		Particella		Sub		Vincolo	Sì ☐ NO ☐
Settore				Attività			

DATI IMPIANTO _____

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



Tipologia	_____	Potenza di picco in KWP	_____
Valore impianto	_____		
Modalità installazione	_____		

GARANZIE UBICAZIONE IMMOBILE _____		CAPITALE ASSICURATO	PREMIO ANNUO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO ANNUO LORDO
Incendio Danni al Fabbricato e/o al Contenuto	Fabbricato	_____	_____	_____	_____
	Contenuto	_____	_____	_____	_____
	Rischio locativo	_____	_____	_____	_____
Furto e Rapina		_____	_____	_____	_____
Elettronica e guasti macchine All Risk		_____	_____	_____	_____
Energie rinnovabili All Risk		_____	_____	_____	_____
Responsabilità Civile della Proprietà		_____	_____	_____	_____
TOTALE		_____	_____	_____	_____

PREMIO

IMPORTO RATA ALLA FIRMA

PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
_____	_____	_____

IMPORTO RATE SUCCESSIVE

PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
_____	_____	_____

PREMIO TOTALE ANNUO

PREMIO IMPONIBILE TOTALE	SCONTO	PREMIO IMPONIBILE SCONTATO	IMPOSTE	PREMIO TOTALE LORDO
_____	_____	_____	_____	_____

Il premio è calcolato applicando lo sconto convenzione _____ per le Garanzie che lo prevedono.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto Contraente, per il tramite Rappresentante Legale, sopra indicato:

- dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo NET/0108/01 Ed. 06-2025 predisposto da Net Insurance S.p.A. e Net Insurance Life S.p.A., contenente il Documento Informativo Precontrattuale, il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo, il Glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac – Simile della Polizza e di accettare i documenti ivi contenuti come parte integrante del Contratto di Assicurazione.

< LUOGO E DATA >

Il Contraente (Rappresentante Legale) _____

- dichiara ai sensi dell'art.56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 di aver ricevuto il MUP – Modello Unico Precontrattuale;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A. e Net Insurance Life S.p.A., sono veritiere, precise e complete.

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

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

- ☐ via e-mail in formato digitale (agli indirizzi di posta elettronica forniti in anagrafica) e su area riservata;
- ☐ in formato cartaceo.

Tale dichiarazione potrà essere modificata liberamente dal Contraente in qualsiasi momento.

<LUOGO E DATA> _____ Il Contraente (Rappresentante Legale) _____

Mandato per addebito diretto Sepa (SDD)

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia a richiedere alla Banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente;
- la Banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

<LUOGO E DATA> _____ Il Contraente (Rappresentante Legale) _____

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli contenuti nelle Condizioni Generali di Assicurazione (Mod. NET/0108/01 Ed. 06-2025):

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio – Art. 2 Effetto, durata e disdetta del contratto – Premio – Art. 8 Aggravamento del Rischio – Art. 10 Recesso in caso di Sinistro – Art. 11 Riduzione dei capitali assicurati – Art. 12 Cambiamento dell'Abitazione – Art. 17 Altre Assicurazioni – Art. 18 Limite massimo dell'indennizzo – Artt. 23-39-54-67-75 Limiti di età – Artt. 30-41-56-71 – 77 Modalità assuntive – Artt. 25-47-59- 69 – 91 – 94 – 97 – 102 – 115 – 117 – 128 – 145 – 157 – 169 – 182 Esclusioni – Artt. 26–49–70 – 82 Termini di Carenza – Artt. 40-55-76- Persone non Assicurabili– Artt. 3-29-39-56-71 Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato – Artt. 48-81 Patologie preesistenti – Artt. 38 - 50-60–72 – 83 – 92 – 95 – 99 – 104 – 107 – 118 -130 – 149 – 162 – 170 – 183 Cosa fare in caso di Sinistro – Art. 57 Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata – Art. 103 Persone non considerate terzi – Art. 179 Condizioni di operatività delle Garanzie.

<LUOGO E DATA> _____ Il Contraente (Rappresentante Legale) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - CONTRAENTE

La Società _____, con sede in _____

Codice Fiscale/Partita Iva _____ e-mail _____

- a) Dichiaro di aver consegnato l'informativa privacy presente nel Set Informativo a tutti gli interessati i cui dati personali sono comunicati al Titolare (quali, a titolo esemplificativo, dipendenti del contraente o beneficiari in caso di polizze collettive).

☐ **conferma**

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

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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



illustrate nell'informativa.

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

Luogo e data _____

Firma del Contraente nella persona del legale
rappresentante pro tempore _____

Nome (in stampatello) _____

Titolo _____

<LUOGO E DATA>

Il Contraente (Rappresentante Legale)

Firma Operatore Banca

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – ASSICURATO

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

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

☐ presta il consenso

- n) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:
 - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare e di altre Compagnie del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION BUSINESS

Polizza multirischi di durata annuale a protezione delle Aziende



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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

Data _____

L'Interessato _____

FAC-SIMILE