

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE



È un prodotto distribuito da  IBL Banca

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

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

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

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 06/2025

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

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



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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione multigaranzia dedicata alla Persona, creata per proteggere l'Assicurato dalle principali conseguenze di eventuali Infortuni e mettere a sua disposizione Prestazioni di Assistenza in caso di necessità.



Che cosa è assicurato?

In caso di Infortuni che potresti subire nello svolgimento della tua attività professionale e/o extraprofessionale o in caso di asfissia, avvelenamento, assideramento, malore o punture di insetti, le Garanzie / Prestazioni assicurate, di seguito riportate, sono operanti se selezionate in Polizza e pagato il relativo Premio. Il prodotto è modulabile, combinando le varie Garanzie / Prestazioni, al fine di costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfi le tue esigenze.

SEZIONE INFORTUNI

- ✓ **Morte da Infortunio:** in caso di Infortunio che comporti la Morte, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, i Beneficiari da te designati hanno un Indennizzo corrispondente al Capitale assicurato indicato in Polizza.
- ✓ **Invalidità Permanente da Infortunio:** in caso di Infortunio che comporti un'Invalidità Permanente, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, hai un Indennizzo determinato mediante applicazione, sul Capitale assicurato indicato in Polizza, della percentuale di Invalidità Permanente accertata.
- ✓ **Inabilità Temporanea da Infortunio:** in caso di Infortunio che comporti un'Inabilità temporanea, hai un Indennizzo giornaliero indicato in Polizza.
- ✓ **Rimborso Spese di Cura da Infortunio:** in caso di Infortunio hai un rimborso, fino alla concorrenza del Capitale assicurato indicato in Polizza, delle spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro.

Il Capitale assicurato per le singole Garanzie è da te scelto ed indicato in Polizza.

SEZIONE ASSISTENZA ALLE PERSONE

Nei casi di Infortunio o Malattia, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, hai a disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti Prestazioni

- ✓ Consulenza medica
- ✓ Invio di un medico generico al domicilio



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili:

- ✗ le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla Malattia di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- ✗ le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Contratto abbiano un'età superiore a 70 anni e che alla Scadenza dell'Assicurazione abbiano un'età superiore a 75 anni.



Ci sono limiti di copertura?

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

Per la Sezione Infortuni sono esclusi gli Infortuni causati dalla:

- ! guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione;
- ! pratica di sport aerei in genere quali ad esempio: deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! guida e uso di mezzi subacquei;
- ! guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- ! pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- ! partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti)

- ✓ Guida sanitaria
- ✓ Trasporto in autoambulanza
- ✓ Trasporto dal Pronto soccorso
- ✓ Trasferimento in Istituto di cura specialistico
- ✓ Rientro dall'Istituto di cura
- ✓ Invio di un fisioterapista al domicilio
- ✓ Invio di una collaboratrice familiare
- ✓ Assistenza domiciliare integrata post ricovero
- ✓ Second opinion internazionale

comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore.

Per la Sezione Assistenza alle Persone sono escluse le Prestazioni conseguenti a:

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia mediante la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza. Il Premio annuo, se uguale o maggiore ad Euro 120, è frazionabile a tua scelta in rate 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 durata annuale e, in mancanza di disdetta, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire. In caso di disdetta, la Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto.

Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con il tuo pagamento del Premio. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se hai pagato il Premio o la prima rata di Premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la tua volontà del Contraente di concludere il Contratto. Da tale momento, la Compagnia garantisce le Prestazioni oggetto del Contratto stesso, sempre che tu abbia pagato il Premio.



Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione danni multirischi per la Persona

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Net Insurance S.p.A.

InfortuNO

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Danni 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 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.

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>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie selezionate ed indicate in Polizza.

Si precisa che:

- per la Garanzia Morte da Infortunio: in caso di Infortunio che comporti la morte di entrambi i genitori, è previsto un indennizzo supplementare pari al 50% nel caso in cui entrambi i genitori risultino assicurati con la Garanzia oppure 25% nel caso in cui un solo genitore risulti assicurato con la Garanzia;
- per la Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio: è prevista una maggiorazione dell'Indennizzo in caso di sofferenze psicofisiche pari al 10% di quella spettante per il caso di Invalidità Permanente (se quella accertata è pari o superiore al 30%); un'indennità aggiuntiva pari ad Euro 2.500 nel caso in cui l'invalidità Permanente determini l'impossibilità di frequentare le lezioni scolastiche per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico.

Per aspetti di dettaglio delle singole Garanzie:

Garanzia Morte da Infortunio: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 23, par. A, pag. 10/22.

Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 23, par. B, pag. 10/22.

Garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 23, par. C, pag. 12/22.

Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 23, par. D, pag. 12/22.

Garanzia Assistenza Persona: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 32, par. A pag. 16/22.

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono esclusi gli Infortuni causati da:

- pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali ad esempio: 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);
- uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;

	- partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calcio e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.); - ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; - tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; - atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; - azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo; - movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche; - guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche; - 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: - gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio; - gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.); - gli infarti e ictus; - le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini, salvo quanto espressamente dalle Condizioni di Assicurazione. Per la Sezione Assistenza alle Persone, sono escluse le Prestazioni conseguenti a: - partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi; - stati patologici correlati alla infezione da HIV; - Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze; - Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti; - aborto volontario non terapeutico; - Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso; - Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità; - guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni; - 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.); - 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); - tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte maggiori informazioni su Franchigie e limiti di Indennizzo.

Eventi in Garanzia	Franchigia Limite Indennizzo																								
Morte da Infortunio	In caso di Morte presunta, la liquidazione è corrisposta solo dopo 6 mesi dalla dichiarazione della stessa.																								
Invalità Permanente da Infortunio	Per Capitali assicurati fino ad Euro 250.000, l'Indennizzo massimo liquidabile è determinato applicando le percentuali sottoindicate: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Percentuale di Invalidità Permanente accertata</th><th>Percentuale di Invalidità Permanente liquidata</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1%</td><td>0,2%</td></tr> <tr><td>2%</td><td>0,5%</td></tr> <tr><td>3%</td><td>1%</td></tr> <tr><td>4%</td><td>2%</td></tr> <tr><td>5%</td><td>3%</td></tr> <tr><td>6%</td><td>4%</td></tr> <tr><td>7%</td><td>5%</td></tr> <tr><td>8%</td><td>6%</td></tr> <tr><td>9%</td><td>7%</td></tr> <tr><td>dal 10% al 65%</td><td>corrispondente % dal 10% al 65%</td></tr> <tr><td>dal 66% al 100%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table> Per la parte di Capitale assicurato eccedente l'importo di Euro 250.000: - 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 dell'8%.	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata	1%	0,2%	2%	0,5%	3%	1%	4%	2%	5%	3%	6%	4%	7%	5%	8%	6%	9%	7%	dal 10% al 65%	corrispondente % dal 10% al 65%	dal 66% al 100%	100%
Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata																								
1%	0,2%																								
2%	0,5%																								
3%	1%																								
4%	2%																								
5%	3%																								
6%	4%																								
7%	5%																								
8%	6%																								
9%	7%																								
dal 10% al 65%	corrispondente % dal 10% al 65%																								
dal 66% al 100%	100%																								

	Per le sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, tecnicamente non operabili, è corrisposta 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.
<i>Inabilità Temporanea da Infortunio</i>	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. Sui giorni indennizzabili è prevista la detrazione di una Franchigia di 7 giorni. Per le sole ernie addominali traumatiche o da sforzo che comportino Ricovero o Intervento chirurgico, è corrisposta l'Indennità giornaliera indicata in Polizza per un periodo massimo di 20 giorni per Sinistro.
<i>Rimborso spese di cura da Infortunio</i>	- È prevista l'applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di Euro 50 per ogni Sinistro. - Per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia, le spese vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio. - L'estensione di Garanzia ai danni estetici viene prestata con il massimo di Euro 5.000, entro il limite del Capitale assicurato per la Garanzia "Rimborso spese di cura da Infortunio" e con l'applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di Euro 50.
<i>Assistenza Persona</i>	Le Prestazioni sono erogate per un massimo di tre volte per ciascun tipo nel corso dell'Anno assicurativo. - TRASPORTO DAL PRONTO SOCCORSO: sono coperte le spese entro il limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno); - INVIO DI UN FISIOTERAPISTA AL DOMICILIO: sono coperti gli onorari fino ad un massimo di 10 sedute per Sinistro; - INVIO DI UNA COLLABORATRICE FAMILIARE: sono coperti gli onorari fino ad un massimo di 10 ore per Sinistro, usufruibili in non più di 5 giorni; - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST RICOVERO: fino ad un massimo di 7 giorni continuativi e non frazionabili post-Ricovero.
In caso di Sinistro aereo che colpisce più Assicurati, è previsto un limite massimo di indennizzo pari ad Euro 5.000.000 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento. Se gli Indennizzi complessivamente dovuti, per un unico Sinistro aereo, sono superiori a tale limite, ciascun Assicurato coinvolto riceverà un indennizzo ridotto in proporzione al rapporto tra la somma massima indicata ed il totale degli Indennizzi dovuti.	



A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è rivolto alla persona fisica che desidera proteggere sé stesso o l'Assicurato, se persona diversa dal Contraente, in caso di Infortuni occorsi sul posto di lavoro o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale e ricreativa.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte del premio imponibile, percepita in media per l'intermediazione assicurativa in valore percentuale, è pari al 30%.

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 esauritiva 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	Presentando ricorso:
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- 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
Mediazione	- 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.
Negoziazione assistita	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).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
	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	Come da normativa vigente.

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.

<i>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</i>	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 del contraente. 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.

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



Sommario

PREMESSA.....	2
CONTATTI UTILI.....	3
GLOSSARIO.....	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	6
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.....	6
Art. 2 - Conclusione del Contratto di Assicurazione - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Pagamento del Premio	6
Art. 3 - Effetto, durata e recesso del Contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza	6
Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione.....	6
Art. 5 - Forma delle comunicazioni	7
Art. 6 - Aggravamento del Rischio	7
Art. 7 - Diminuzione del Rischio.....	7
Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro	7
Art. 9 - Riduzione dei capitali assicurati	7
Art. 10 - Validità territoriale	7
Art. 11 - Buona fede.....	7
Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	7
Art. 13 - Oneri fiscali	7
Art. 14 - Altre assicurazioni.....	8
Art. 15 - Limite massimo dell'Indennizzo	8
Art. 16 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	8
Art. 17 - Home Insurance (Area Riservata).....	8
Art. 18 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto	8
Art. 19 - Persone non assicurabili	8
Art. 20 - Limiti di Età	8
Art. 21 - Modalità assuntive	9
SEZIONE 1 - INFORTUNI	9
Art. 22 - Oggetto dell'Assicurazione	9
Art. 23 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata.....	9
A. GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO	10
B. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	10
C. GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO.....	12
D. GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO	12
Art. 24 - Esclusioni.....	14
Art. 25 - Cosa fare in caso di Sinistro	15
Art. 26 - Criteri di indennizzabilità.....	15
Art. 27 - Pagamento dell'Indennizzo	15
Art. 28 - Rinuncia al diritto di surrogazione.....	15
Art. 29 - Arbitrato.....	15
Art. 30 - Cumulo di Indennizzi.....	15
Art. 31 - Anticipo Indennizzi.....	15
SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLE PERSONE	16
A. GARANZIA ASSISTENZA PERSONA	16
Art. 32 - Oggetto dell'Assicurazione	16
Art. 33 - Come attivare le Prestazioni Assistenza Persona.....	19
ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI	21
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



PREMESSA

InfortuNO è:

- una Polizza multigaranzia a protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone;
- un prodotto modulare che consente ai Clienti di costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfi le loro esigenze di protezione, combinando le Garanzie previste dalla Polizza.

Il prodotto è suddiviso in 2 Sezioni secondo lo schema seguente:

1. 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***
2. SEZIONE ASSISTENZA ALLE PERSONE
 - a. *Garanzia **Assistenza Persona***

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

Avvertenza

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

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

tutte le Garanzie ad eccezione dell'Assistenza e della Tutela Legale – Net Insurance S.p.A.

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

PER ASSISTENZA ALLE PERSONE

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

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

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

- Numero Verde: 800 8939 30 (Contact Center)
- Sito: www.netinsurance.it/wecare
- E-mail: wecare@netinsurance.it

PER INOLTARE UN RECLAMO

- Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA
- Fax: +39 06 89326570
- PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it



GLOSSARIO

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

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Anno assicurativo

Il 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.

Assistenza

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

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.

Capitale assicurato

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

Compagnia

Net Insurance S.p.A.

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.

Contratto di Assicurazione

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

Controversia

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

Danni

I danni 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.

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.

Garanzia

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

Indennizzo / Indennità

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Parte

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di efficacia dell'Assicurazione

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

Polizza

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

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Prestazione

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

Rischio

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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Set Informativo

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



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

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 ASSAGO (MI) – costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni

dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Compagnia provvede, per incarico in quest'ultimo, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le Prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

Tecniche di Comunicazione a Distanza

Qualunque strumento che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del Contratto di dette Parti.

Definizioni specifiche

Apparecchio terapeutico amovibile

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

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 costole o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della Garanzia assicurativa:

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

Inabilità Temporanea

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

Infortunio

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

Intervento chirurgico

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

Invalità Permanente

Incapacità fisica definitiva ed irrimediabile dell'Assicurato a svolgere in tutto od in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Istituto di cura

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Ricovero

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



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

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

Art. 2 - Conclusione del Contratto di Assicurazione - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Pagamento del Premio

Il Contratto di Assicurazione è concluso nel momento in cui la Compagnia emette la Polizza o nel momento dell'adesione telefonica del Contraente (Conclusione dell'Assicurazione mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza).

Se il Contratto di Assicurazione è concluso, l'Assicurazione ha effetto:

- dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati altrimenti ha effetto
- dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio e scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto stesso

L'Assicurazione ha una durata annuale.

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

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio, quale corrispettivo, per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del Premio è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente tramite la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza.

L'importo del Premio annuo, se uguale o maggiore ad Euro 120 (centoventi), è frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di pagare l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c. – Mancato pagamento del Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno, anziché il 15°, dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. Ai sensi dell'art. 1901 c.c., il Contratto è risolto di diritto se la Compagnia, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; la Compagnia ha diritto solo al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese sostenute

Art. 3 - Effetto, durata e recesso del Contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza

A parziale rettifica dell'Art. 2 - "Conclusione del Contratto di Assicurazione - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Pagamento del Premio", si precisa che il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il Contratto (Data di Decorrenza del Contratto). Da tale momento, la Compagnia garantisce all'Assicurato le Prestazioni oggetto del Contratto, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio. **Il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:**

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

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

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione



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

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e producono effetti dal momento in cui pervengono alla Compagnia, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il Contratto.

Art. 6 - Aggravamento del Rischio

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

Art. 7 - Diminuzione del Rischio

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

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

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

In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, 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.

Art. 9 - Riduzione dei capitali assicurati

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

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

Art. 10 - Validità territoriale

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

Art. 11 - Buona fede

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

Art. 12 - 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. 13 - 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.

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



Art. 14 - 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. 15 - Limite massimo dell'Indennizzo

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

Art. 16 - 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. 17 - Home Insurance (Area Riservata)

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

Art. 18 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto

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

Art. 19 - Persone non assicurabili

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

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 c.c., senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia 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. 20 - Limiti di Età

L'Età dell'Assicurato non può essere, al momento della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione, superiore a 70 anni.

Alla Scadenza dell'Assicurazione l'Età dell'Assicurato non può risultare superiore a 75 anni.

Nel caso in cui l'Assicurato compia l'età massima assicurabile nel corso del Contratto, l'Assicurazione conserva efficacia per l'intero Anno assicurativo fino alla Scadenza dell'Assicurazione, risolvendosi dopo tale data.



Art. 21 - Modalità assuntive

L'assunzione del Rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati forniti dal Contraente/Assicurato e secondo quanto normato all'Art. 19 – "Persone non assicurabili".

Le inesattezze e le reticenze del Contraente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c..

SEZIONE 1 - INFORTUNI

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

Art. 22 - 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 malore o incoscienza;
 - 5) l'asfissia non dipendente da patologie pregresse;
 - 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento accidentale e acuto di sostanze;
 - 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
 - 8) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali **(con esclusione della malaria e delle Malattie tropicali)**;
 - 9) le conseguenze dell'embolia gassosa, **purché non conseguenti a pratica subacquea**;
 - 10) gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati:**
 - **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri**;
 - **su aeromobili in esercizio da parte di aeroclubs**;
 - **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo**;

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

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

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

Art. 23 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto dell'Art. 1 - "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio", dell'Art. 6 - "Aggravamento del Rischio" e dell'Art. 24 - "Esclusioni", 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

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



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 all' "Elenco 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. 6 - "Aggravamento del Rischio".

A. GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza la morte, se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, la Compagnia garantisce l'Indennizzo corrispondente al Capitale assicurato indicato 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, la Compagnia liquida, agli aventi diritto di cui sopra, il Capitale assicurato previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 c.c..

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

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI COMMORIENZA DEI GENITORI

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

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

tale Indennizzo supplementare è pari al:

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

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**, la Compagnia 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, la Compagnia liquida l'Indennizzo sulla base del grado di Invalidità

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



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, la Compagnia 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 Euro 250.000 (duecentocinquantamila) si applicherà la tabella sottoindicata:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
1%	0,2%
2%	0,5%
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 Euro 250.000 (duecentocinquantamila):
 - 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 dell'8%;

ESTENSIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE O DA SFORZO

Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, tecnicamente non operabili, la Compagnia 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%, la Compagnia 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

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



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, **la Compagnia corrisponde una Indennità aggiuntiva pari a Euro 2.500 (duemilacinquecento).**

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, la Compagnia corrisponde l'Indennizzo giornaliero indicato in Polizza secondo i criteri seguenti:

L'Indennità è dovuta:

- a) **integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in Polizza;**
- b) **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 24.00 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 la Compagnia 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, 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, la Compagnia corrisponde l'Indennità giornaliera indicata in Polizza, **per un periodo massimo di 20 giorni per Sinistro.**

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 la Compagnia 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.

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



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

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

La Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di Euro 50 (cinquanta) 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 Euro 5.000 (cinquemila), 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 Euro 50 (cinquanta).

Art. 24 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- a) dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto al punto 10) dell'Art. 22 - "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, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia; guidoslitta (bob)
- g) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- i) dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- j) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calciotto e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);
- k) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- m) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- n) da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo;
- o) da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- p) da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
- q) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



Sono inoltre esclusi:

- r) gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- s) gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S);
- t) gli infarti e ictus;
- u) le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini, 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. 25 - Cosa fare in caso di Sinistro

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 26 - Criteri di indennizzabilità

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

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. 27 "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, la Compagnia rimborserà le spese non riconosciute dallo stesso, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le Prestazioni sopra descritte.

Art. 27 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività delle Garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi



diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia:

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, la Compagnia 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 della Compagnia, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

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

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

Art. 28 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 29 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio, 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.

Art. 30 - 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. 31 - 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;

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



- il grado di Invalidità Permanente stimato dalla Compagnia sia uguale o superiore al 25%

Fermo restando quanto previsto, l'anticipo non deve essere considerato impegno definitivo della Compagnia sul grado percentuale di Invalidità Permanente da liquidarsi.

L'obbligo della Compagnia sorgerà comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio ed entro un limite di Euro 50.000 (cinquantamila).

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLE PERSONE

Le seguenti Prestazioni 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 dalla Compagnia a **Europ Assistance Italia S.p.A.** (di seguito Europ Assistance)

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

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

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

A. GARANZIA ASSISTENZA PERSONA

Art. 32 - Oggetto dell'Assicurazione

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

PRESTAZIONI

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

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

CONSULENZA MEDICA

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

Si precisa che tale consulto, considerato 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 e-mail.

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:

- 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.

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



TRASPORTO DAL PRONTO SOCCORSO

(Prestazione valida in Italia)

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

TRASFERIMENTO IN ISTITUTO DI CURA SPECIALISTICO

(Prestazione valida in Italia)

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

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

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

RIENTRO DALL'ISTITUTO DI CURA

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

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

INVIO DI UN FISIOTERAPISTA AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o Fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da Infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario **fino ad un massimo di 10 sedute per Sinistro**. Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

INVIO DI UNA COLLABORATRICE FAMILIARE

(Prestazione valida in Italia)

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

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

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST RICOVERO

(Prestazione valida in Italia)

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

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



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.

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. 33 - Come attivare le Prestazioni Assistenza Persona

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



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

- dall'Italia al numero: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Via del Mulino, 4

20057 ASSAGO (MI)

- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

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

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

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

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

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

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



ALLEGATO 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 (esclusi sport art. 29/f) – Guida alpina (escluse attività art. 29/f)	3
A013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti, Fabbri, Autoriparatori, Vetrai, Benzinaisti.	3
A014	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri,	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, Benzinaisti.	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	3
B016	Operai altri settori	2
B017	Insegnanti – Assistenti sociali	2
B018	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	2

Condizioni di Assicurazione – InfortuNO

Contratto multirischi di durata annuale a Protezione dei Rischi attinenti all'area delle Persone



B019	Lavoratori domestici – badanti – baby-sitter	2
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

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

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

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

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

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

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

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

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

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

4) Modalità del trattamento dei dati

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

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

5) Destinatari dei dati

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

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

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

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

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

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