

Polizza Collettiva

# IoT Assicuro MUTUI CPI

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

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP VITA
- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO
- IL FAC-SIMILE DELLA RICHIESTA DI ADESIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 06/2025

"PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

## Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente a Mutuo

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

Net Insurance Life S.p.A.

IoT Assicuro MUTUI CPI

Ed. 06/2025

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

### Che tipo di assicurazione è?

IoT Assicuro MUTUI CPI è una Polizza Collettiva stipulata dalla Banca (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente che hanno sottoscritto un contratto di Mutuo con la stessa. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevedibili che possono colpire la persona assicurata, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate del mutuo. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diversi pacchetti assicurativi (opzioni). Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di una garanzia ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di altre garanzie di ramo danni (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP Danni e nel DIP Multirischi).



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

In caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce il pagamento di un importo pari al debito residuo del Mutuo previsto alla data corrispondente al pagamento della rata precedente il Decesso, con un limite massimo di Euro 1.000.000 per ciascun Assicurato. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

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

| Opzione contrattuale | Coperture Assicurative |                              |                             |                   |
|----------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|
|                      | Decesso                | Invalità Totale e Permanente | Inabilità Temporanea Totale | Perdita d'Impiego |
| Opzione 1            | Sì                     | Sì                           | No                          | No                |
| Opzione 2            | Sì                     | Sì                           | Sì                          | No                |
| Opzione 3            | Sì                     | Sì                           | No                          | Sì                |

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

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



### Che cosa NON è assicurato?

#### Non è assicurabile:

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

#### Inoltre:

- ✗ la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.



### Ci sono limiti di copertura?

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

- ! dolo del Beneficiario e dell'Aderente/Assicurato;
- ! eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- ! partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- ! incidente di volo, se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con

Opzione 2: sottoscrivibile dai soli **Produttori di Reddito ad eccezione dei Lavoratori Dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato e dei Non Lavoratori**.

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

pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;  
! suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto.



### Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



### Che obblighi ho?

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



### Quando e come devo pagare?

La copertura assicurativa viene prestata dietro pagamento da parte dell'Aderente/Assicurato di un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa, solo per i mutui già erogati, è possibile optare per il pagamento di un premio di durata annuale con tacito rinnovo per tutta la durata del mutuo.

Il pagamento del Premio Unico in via anticipata avviene sempre tramite bonifico bancario. Solo in presenza di premio annuo, per le annualità successive alla prima, il premio viene pagato tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le Coperture Assicurative decorrono, purché sia stato pagato il Premio, dalle ore 24:00 della Data di decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del mutuo, in caso di mutui di nuova erogazione,
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione, in caso di mutuo già erogato.

Le coperture assicurative vengono prestate per una durata, coincidente sempre con la durata originaria/durata residua del Contratto di Mutuo, compresa tra un minimo di 60 mesi ed un massimo di 360 mesi.



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

- L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di decorrenza. L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia (anche per il tramite della Contraente) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte).
- In caso di Premio annuale, l'Aderente/Assicurato ha la facoltà di disdire il contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza annuale.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

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

#### Che tipo di assicurazione è?

IoT Assicuro MUTUI CPI è una Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente (Banca) per conto dei propri clienti mutuatari, che in qualità di Aderenti/Assicurati possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'Assicurato contro l'accadimento di eventi imprevedibili che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di restituzione alla banca delle rate del Mutuo. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diversi pacchetti assicurativi (opzioni). Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di garanzie di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP Vita e nel DIP Multirischio).



#### Che cosa è assicurato?

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

##### **✓ INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DI GRADO UGUALE O SUPERIORE AL 60% DERIVANTE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

##### **OPZIONE 2 (sottoscrivibile soli Produttori di Reddito ad eccezione dei Lavoratori Dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato e dei Non Lavoratori)**

##### **✓ INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DI GRADO UGUALE O SUPERIORE AL 60% DERIVANTE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

##### **✓ INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Indennizzo pari alle rate mensili del Mutuo che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo Indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota



#### Che cosa non è assicurato?

##### **Non è assicurabile chi:**

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

##### **Inoltre:**

- ✗ la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni per la garanzia invalidità totale e permanente, e al pensionamento per le garanzie inabilità temporanea totale e perdita d'impiego.



#### Ci sono limiti di copertura?

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

- ! Incidente di volo, se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! Incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- ! partecipazione attiva dell'Aderente/assicurato a fatti di guerra;
- ! partecipazione attiva dell'Aderente/assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! dolo dell'Aderente/Assicurato;
- ! eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- ! Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'aderente/assicurato o

assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

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

✓ **INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DI GRADO UGUALE O SUPERIORE AL 60% DERIVANTE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

✓ **PERDITA D'IMPIEGO**

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

quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata; infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;

! aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi.

Principali esclusioni per la garanzia perdita d'impiego:

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

! l'Aderente/Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (Lavori Socialmente Utili);

! la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;

! risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Aderente/Assicurato;

! l'Aderente/Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria.



**Dove vale la copertura?**

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



**Che obblighi ho?**

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



### Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a pagare:

- un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa, solo per il caso di mutui già erogati, potrai optare per il pagamento di un premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del mutuo;
- limitatamente alla garanzia perdita d'impiego, in caso di durata del mutuo superiore ai 10 anni, la copertura prevede il pagamento di un premio unico anticipato per i primi 10 anni; a partire dall'undicesimo anno, è previsto il pagamento di un premio di durata annuale con tacito rinnovo, secondo quanto stabilito dalle condizioni tariffarie concordate al momento dell'adesione, per la restante durata residua del mutuo e sino al tuo pensionamento (se antecedente a quest'ultima).

Il pagamento del Premio Unico in via anticipata avviene sempre tramite bonifico bancario. Solo in presenza di premio annuo, per le annualità successive alla prima, il premio viene pagato tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata delle coperture assicurative:

- è pari alla durata del mutuo, in caso di mutui di nuova erogazione,
- non può andare oltre la durata residua del mutuo, in caso di mutuo già erogato.

Le coperture assicurative vengono prestate per una durata variabile tra un minimo di 60 mesi ed un massimo di 360 mesi.



### Come posso disdire la polizza?

Hai il diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza.

In caso di Premio unico anticipato, hai diritto di recedere annualmente e con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità.

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

- In caso di premio annuale, hai la facoltà di disdire il contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza annuale. In tal caso, tutte le garanzie assicurative dell'Opzione attivata cessano alle ore 24:00 della successiva scadenza annuale.
- In caso di premio unico anticipato, a partire dall'11° anno, hai la facoltà di disdire la copertura limitatamente alla garanzia perdita d'impiego con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

# Assicurazione Multirischi

## Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente a Mutuo

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

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

IoT Assicuro MUTUI CPI

Ed. 06/2025

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



### Scopo

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

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

### 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](http://www.netinsurance.it); e-mail: [info@netinsurance.it](mailto:info@netinsurance.it); PEC: [netinsurance@pec.netinsurance.it](mailto:netinsurance@pec.netinsurance.it).

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594.

L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%.

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

### Prodotto



#### Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, è assicurato il soggetto persona fisica sottoscrittore di un Contratto di Mutuo con la Contraente che, in base allo status professionale al momento dell'adesione alla Polizza, può aderire alle seguenti opzioni:

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

**Opzione 2:** sottoscrivibile dai **solì Produttori di Reddito ad eccezione dei Lavoratori Dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato e dei Non Lavoratori**.

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

Per le garanzie Decesso ed Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia, dal calcolo del Debito residuo del Mutuo sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla Banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.).

Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego, l'indennizzo massimo è pari ad Euro 2.000,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo Sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più Sinistri successivi.



#### Che cosa NON è assicurato?

##### Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale, valgono le seguenti esclusioni:

- stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo; in

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Aderente/Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;</li> <li>- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;</li> <li>- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;</li> <li>- svolgimento delle seguenti attività professionali: militari, quando in servizio attivo all'Esteri; attività circensi e stuntman; attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.</li> <li>- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;</li> <li>- uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio; pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali; uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere; partecipazione a competizioni professionistiche - o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;</li> <li>- trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).</li> </ul> <p><b>Per la garanzia Decesso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;</li> <li>- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);</li> <li>- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;</li> <li>- atti volontari di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata</li> </ul> <p><b>Per le garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;</li> <li>- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;</li> <li>- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;</li> <li>- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale.</li> </ul> <p><b>Per la garanzia Perdita d'Impiego:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- licenziamento dovuto a giustificato motivo soggettivo; licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;</li> <li>- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero, a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;</li> <li>- l'Assicurato non rientra nella lista di collocamento.</li> </ul> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



### Ci sono limiti di copertura?

#### Sono presenti limitazioni per la garanzia *Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego*:

- Periodo di Franchigia: 60 giorni
- Periodo di Carenza: 60 giorni
- Periodo di Riqualficazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 90 giorni

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

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

## Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

### Diritto all'oblio oncologico

Se l'assicurato è guarito da una patologia oncologica e non si sono verificati episodi di recidiva da più di dieci anni, alla data della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Tale periodo è pari a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.  
Per le patologie oncologiche previste nella Tabella che segue, il periodo è pari a quello indicato:

| Patologia oncologica | Caratteristiche                                                                                               | Anni dalla conclusione del trattamento attivo |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Colon-retto          | Stadio I, qualsiasi età                                                                                       | 1                                             |
| Colon-retto          | Stadio II/III, > 21 anni                                                                                      | 7                                             |
| Melanoma             | > 21 anni                                                                                                     | 6                                             |
| Mammella             | Stadio I/II, qualsiasi età                                                                                    | 1                                             |
| Utero, collo         | > 21 anni                                                                                                     | 6                                             |
| Utero, corpo         | Qualsiasi età                                                                                                 | 5                                             |
| Testicolo            | Qualsiasi età                                                                                                 | 1                                             |
| Tiroide              | Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi | 1                                             |
| Linfomi di Hodgkin   | <45 anni                                                                                                      | 5                                             |
| Leucemie             | Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età                                                              | 5                                             |

### Modalità di esercizio

L'Assicurato invia tempestivamente all'impresa di assicurazione la certificazione rilasciatagli, senza oneri ed entro 30 gg. dalla richiesta, da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.

### Effetti dell'oblio oncologico

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'assicurato.  
Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con il diritto all'oblio oncologico sono nulle.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti della contraente che hanno sottoscritto un contratto di mutuo con la stessa, aventi un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti al momento dell'Adesione, fermo restando che la permanenza in copertura è limitata a 75 anni non compiuti per le garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'impiego.



## Quali costi devo sostenere?

### Costi gravanti sul Premio

Si riporta di seguito l'informativa dettagliata sui costi:

|                | Caricamento |
|----------------|-------------|
| Garanzia Vita  | 63,00%      |
| Garanzie Danni | 63,00%      |

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

### Costi di intermediazione

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

|                | Caricamento |
|----------------|-------------|
| Garanzia Vita  | 68,25%      |
| Garanzie Danni | 68,25%      |

del costo stesso.

## 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](mailto: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;

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</li> <li>• ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.</li> </ul> <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: <a href="http://www.netinsurance.it">www.netinsurance.it</a>.</p> |
| <b>All'IVASS</b>                                                                                                                                                                                                                              | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Mediazione</b>                                                                                                                                                                                                                             | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Negoziiazione assistita</b>                                                                                                                                                                                                                | Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>                                                                                                                                                                            | Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo <a href="http://www.ec.europa.eu/odr">http://www.ec.europa.eu/odr</a> ) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>REGIME FISCALE</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%.</li> <li>• Sui premi versati alla Compagnia aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia entro il limite massimo di € 530,00, in base alla normativa vigente alla data di redazione della presente Polizza collettiva, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF attualmente del 19% dei Premi stessi.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>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.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## Sommario

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI



Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE ..... 1

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO ..... 1

QUESTIONARIO ANAMNESTICO..... 1



## CONTATTI UTILI

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

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

per la Copertura Vita (Decesso):

- NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia;
- e-mail: [sinistri\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:sinistri_CPI_bppb@netinsurance.it)

per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego):

- NET INSURANCE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia;
- e-mail: [sinistri\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:sinistri_CPI_bppb@netinsurance.it)

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA:

- Numero Verde: **800 9096 33**
- e-mail: [adesioni\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:adesioni_CPI_bppb@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](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it)

## GLOSSARIO

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

### Definizioni

#### Aderente

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

#### Adesione

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

#### Assicurato

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

#### Banca

Coincide con la Contraente.

#### Beneficiario

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

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

Si specifica che il Beneficiario coincide sempre con l'intestatario del finanziamento qualora l'Assicurato coincida con il Garante del finanziamento stesso.

#### Capitale assicurato

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

#### Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non

è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia di Assicurazione Danni non corrisponde la prestazione assicurata.

#### Co-intestatario

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

#### Compagnie di Assicurazione

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

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

#### Contraente

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

#### Condizioni di Assicurazione

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

#### Contratto di Finanziamento

Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Banca concede all'Aderente/Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei mutui ipotecari o chirografari per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Aderente/Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 30 anni ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto della presente Polizza Collettiva.

#### Copertura Assicurativa

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

#### Data di decorrenza

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

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

perfezionata, producendo i relativi effetti, solo a partire dalla Data di Decorrenza;

- b) per i Finanziamenti già erogati (stock), la Data di Decorrenza coincide con la data di firma presente nella Richiesta di Adesione.

## **Decesso**

Il decesso è la morte dell'Assicurato.

## **Debito residuo**

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

## **Disoccupazione**

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

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

## **Durata della Copertura Assicurativa**

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

## **Esterio**

Situato oltre i confini dello Stato italiano.

## **Franchigia**

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

## **Garante**

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

## **IVASS**

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

## **Inabilità Temporanea Totale**

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

## **Indennizzo**

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

## **Infortunio**

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

## **Invalidità Totale Permanente**

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che eserciti o meno una propria attività professionale. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 60% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA". La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

## **Lavoratore Dipendente del settore Privato**

Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 3: è Lavoratore Dipendente di settore Privato la persona fisica che presti la propria attività lavorativa, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali.

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori Dipendenti:

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

## **Malattia**

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

## **Malattie e patologie preesistenti**

Qualsiasi condizione medica passata o presente, che nel periodo precedente alla Richiesta di Adesione della Polizza abbia determinato sintomi, o per la quale ci si sia sottoposti o abbia richiesto un qualsiasi tipo di trattamento o medicamento prescritto dal medico, consultazione medica, esami o controlli/check-up, nonché sintomi non diagnosticati che in futuro richiedano attenzione o esami (ovvero sintomi per i quali l'Assicurato stia aspettando di fare esami/analisi oppure ne stia aspettando i risultati, e per i quali ancora non sia stata stabilita la causa scatenante).

## Non Lavoratore

La persona fisica che non sia Produttore di Reddito.

## Normale attività lavorativa

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

## Parti

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

## Pensionamento

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

## Perdita d'Impiego

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

## Periodo di Riqualificazione

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

## Polizza/e Collettiva/e (o Contratto)

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

## Pre-ammortamento

È il periodo di ammortamento preliminare al piano rateale di rimborso del mutuo, di durata non superiore a 12 mesi, in cui il cliente ha la piena disponibilità del capitale iniziale. Durante questo periodo, la cui durata è fissata in contratto, il cliente si limita a pagare alle scadenze la sola quota di interessi sulla somma mutuata, al tasso convenuto nel contratto medesimo.

## Premio

Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le Coperture Assicuratrici prestate.

## Produttore/i di reddito

Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 2): il soggetto che percepisca, al momento dell'Adesione, redditi di lavoro o di impresa, ovvero redditi derivanti da prestazioni di lavoro dipendente, ivi compreso il reddito derivante da prestazione di lavoro domestico, dall'esercizio di arti o professioni o derivanti dall'esercizio di attività commerciali.

## Questionario Medico Semplificato/Questionario

### Anamnestico

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

## Rata Mensile

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

## Richiesta di Adesione

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

## Sinistro

Il verificarsi, nel corso del periodo di durata della Copertura Assicurativa, dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### POLIZZA COLLETTIVA IoT Assicuro MUTUI CPI

I testi integrali delle Polizze Collettive stipulate tra la CONTRAENTE e le COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE sono depositati presso la sede della Contraente e presso le sedi di NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A..

#### ART. 1 GARANZIE PRESTATE

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

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

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

| Opzione contrattuale | Persone Assicurabili                                                                                                                                            | Coperture Assicurative |                                |                             |                   |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------|
|                      |                                                                                                                                                                 | Decesso                | Invalidità Totale e Permanente | Inabilità Temporanea Totale | Perdita d'impiego |
| <b>Opzione 1</b>     | Tutti gli Assicurati                                                                                                                                            | <i>Si</i>              | <i>Si</i>                      | <i>No</i>                   | <i>No</i>         |
| <b>Opzione 2</b>     | Riservata ai soli Produttori di reddito, ad eccezione dei Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità min 12 mesi | <i>Si</i>              | <i>Si</i>                      | <i>Si</i>                   | <i>No</i>         |
| <b>Opzione 3</b>     | Riservata ai soli Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità min 12 mesi                                                    | <i>Si</i>              | <i>Si</i>                      | <i>No</i>                   | <i>Si</i>         |

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

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

#### ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Compagnie di Assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle Condizioni di Assicurazione, dalla Richiesta di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie di Assicurazione stesse.

Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

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

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) abbia stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente, di durata compresa tra 60 mesi e 360 mesi, ovvero figuri quale Garante rispetto al Contratto medesimo. Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'art. 4 che segue;

- b) sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 65 anni non compiuti alla data della sottoscrizione della Richiesta di Adesione, fermo restando che l'età massima a scadenza ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è di 75 anni non compiuti per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Totale Temporanea e Perdita di Impiego;
- c) abbia aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo e con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;
- d) abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
- e) abbia pagato il Premio unico anticipato (valido per i Finanziamenti di nuova erogazione e Finanziamenti già erogati) o il Premio annuale (valido per i Finanziamenti già erogati).

**Per la garanzia Perdita d'impiego non sono assicurabili le persone fisiche che: svolgono una delle seguenti attività lavorative:**

- **svolgono lavoro alle dipendenze di congiunti, anche ascendenti e discendenti;**
- **hanno contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana.**

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione. Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo art. 3.1.

La validità della documentazione sanitaria è pari a 6 mesi purché, nel frattempo, non siano intervenuti cambiamenti impattanti sulle condizioni di assicurabilità dell'Aderente/Assicurato.

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

Le operazioni di Finanziamento che prevedono la co-intestazione potranno essere coperte dalla presente Polizza Collettiva. Si precisa che in caso di co-intestazione, potranno essere assicurate fino ad un massimo di due persone e l'importo totale/debito residuo del finanziamento potrà essere liberamente ripartito fra i Co-assicurati nel limite dell'importo stesso oppure potrà essere attribuita una percentuale pari al 100% dell'importo totale/debito residuo del Finanziamento ad entrambi gli Assicurati.

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

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

### **3.1 Norme assuntive**

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

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

- **Per capitali fino a Euro 200.000,00 (duecentomila/00) dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel questionario, dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.**
- **Qualora l'età dell'Assicurato sia superiore a 55 anni al momento dell'Adesione oppure, qualora inferiore ma per capitali compresi tra Euro 200.000,01 (duecentomila/01) ed Euro 400.000,00 (quattrocentomila/00), al momento**

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

- Per capitali superiori a Euro 400.000,00 (quattrocentomila/00), oltre allo specifico Questionario Anamnestico di cui sopra, dovrà essere trasmessa alla Compagnia tutta la seguente documentazione sanitaria:
  - Analisi del sangue: esame emocromocitometrico - piastrine - Velocità di eritro sedimentazione – Glicemia – creatinina – uricemia - colesterolo totale - HDL (Lipoproteine ad alta densità) - LDL (Lipoproteine a bassa densità) – trigliceride - transaminasi GOT/GPT - Gammaglutammiltransferasi - anticorpi anti HIV 1 e 2 - sierologia epatite virale B (antigeni HB – anti-HBs – anti HBc) - sierologia epatite virale C (anti VHC);
  - Esame cardiovascolare con resoconto medico
  - Elettrocardiogramma;
  - Analisi del PSA (semenogelasi/antigene prostatico specifico) esclusivamente per gli uomini la cui età all'Adesione supera i 50 anni;
  - Relazione medica.

L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

Le Compagnie si riservano in ogni caso di richiedere ulteriore documentazione per la valutazione del rischio e nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal Questionario Anamnestico emergano patologie di rilievo, si riservano la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

## ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente Euro 1.000.000,00 per Assicurato e per Sinistro; limite assoluto per Assicurato;
- Inabilità Temporanea Totale – Perdita d'Impiego: Euro 2.000,00 mensili col massimo di 18 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per Sinistro e 36 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per l'intera Durata della Copertura Assicurativa.

## ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

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

## ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

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

Per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale la durata coincide sempre con la durata originaria/durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 60 mesi e massimo di 360 mesi (incluso il periodo di pre-ammortamento).

Le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente terminano, in ogni caso, al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, mentre la garanzia Inabilità Temporanea Totale ha termine alla data di Pensionamento dell'Assicurato.

Per la garanzia Perdita d'Impiego è prevista una durata di 10 anni (120 mesi) attraverso il pagamento di un Premio unico anticipato al momento della stipula della Richiesta di Adesione. Al termine dei dieci anni l'Adesione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, alle medesime condizioni tariffarie stabilite al momento della stipula dell'Adesione, attraverso il pagamento di un Premio annuo, fino al termine del Contratto di Finanziamento, salvo disdetta da una delle due Parti mediante lettera raccomandata almeno 30 (trenta) giorni prima del tacito rinnovo annuale.

La garanzia Perdita d'Impiego ha termine, in ogni caso, alla data di Pensionamento dell'Assicurato.

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

1. Decesso dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati co-intestatari del medesimo Finanziamento e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del finanziamento stesso;
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati co-intestatari del medesimo Finanziamento e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del Finanziamento stesso;
3. scadenza dell'Adesione;
4. scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Assicurato per Adesioni con durata annuale;
5. scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Assicurato per la garanzia Perdita d'Impiego;
6. raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente;
7. raggiungimento dell'età di Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego)
8. esercizio del diritto di recesso;
9. anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione);
10. surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

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

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

L'Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta) giorni** dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni).

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

L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto:

- in caso di Premio annuale, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale;
- annualmente dalle coperture danni, in caso di Premio unico anticipato, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dal successivo art. 11.
- in caso di Premio unico anticipato, a partire dall'11° anno e limitatamente alla garanzia Perdita d'Impiego, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

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

**NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.**  
c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia

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

## ART. 9 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

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

Si ricorda che, nel caso in cui l'Aderente/Assicurato coincida con il Garante, beneficiario irrevocabile della prestazione assicurata sarà il titolare del Finanziamento stipulato con la Contraente.

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

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

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

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

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

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

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

## ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Aderente o per suo conto dalla Contraente di un Premio per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione, come segue:

- In caso di durata del Finanziamento inferiore a 10 anni per tutte le garanzie: Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o Premio annuale (valido solo per i Finanziamenti già erogati) ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Finanziamento;
- In caso di durata del mutuo superiore a 10 anni:
  - per le garanzie Decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale: Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o Premio annuale (valido solo per i Finanziamenti già erogati) ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Finanziamento;
  - per la garanzia Perdita d'Impiego: Premio unico anticipato per i primi 10 anni e, a partire dall'undicesimo anno, il pagamento per tutta la durata residua del Finanziamento sino al Pensionamento di un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo, secondo quanto stabilito dalle condizioni tariffarie concordate al momento dell'Adesione o Premio annuale (valido solo per i Finanziamenti già erogati) ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Finanziamento.

Il pagamento del Premio Unico in via anticipata avviene sempre tramite bonifico bancario. Solo in presenza di premio annuo, per le annualità successive alla prima, il premio viene pagato tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente.

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

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

Il Premio, non frazionabile, viene versato dall'Aderente al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione alla

Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento.

In caso di Premio annuale, se trascorso un anno dalla data di decorrenza della Copertura Assicurativa, e alla scadenza di ciascuna annualità, l'Aderente, o per suo conto la Contraente, non paga il Premio dell'annualità successiva, la medesima copertura resta sospesa dalle ore 24 del 60° (sessantesimo) giorno successivo al termine dell'annualità e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti. In ogni caso non sarà riconosciuta alcuna prestazione per i Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione.

## ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

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

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

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

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

dove:

R = Importo da rimborsare

C = Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione

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

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

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

N = Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi

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

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

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

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

dove:

R = Importo da rimborsare

C = Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione

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

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

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

N = Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi

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

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

La parte di Premio rimborsata è pari alla somma:

- del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura

nonché del Capitale assicurato residuo;

- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

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

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

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

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

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

- *per la Copertura Decesso*: NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia;
- *per la Copertura Danni* (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia.

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

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

## ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati mediante apposita comunicazione o mediante compilazione del modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it), in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento). La denuncia del Sinistro, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Compagnie di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- *per la Copertura Vita* (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia;
- *per le Coperture Danni* (Invalidità Totale Permanente - Inabilità Temporanea Totale - Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia.

Oppure utilizzando la casella e-mail [sinistri\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:sinistri_CPI_bppb@netinsurance.it), anche per informazioni relative ai Sinistri

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

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

c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia

oppure utilizzando la casella e-mail [sinistri\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:sinistri_CPI_bppb@netinsurance.it), anche per informazioni relative ai Sinistri

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

**NET INSURANCE S.p.A**

c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia

oppure utilizzando la casella e-mail [sinistri\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:sinistri_CPI_bppb@netinsurance.it), anche per informazioni relative ai Sinistri

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

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

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

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

## Art. 12.1 - Decesso

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

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

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

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

- fornire ogni ulteriore documentazione che NET INSURANCE LIFE S.p.A. ritenga opportuno richiedere per l'accertamento



del Sinistro;

- consentire alla Compagnia di Assicurazione di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

## Art. 12.2 Invalidità Totale e Permanente

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it), in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

## Art. 12.3 Inabilità Temporanea Totale

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it), in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione della Banca attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

La documentazione andrà presentata al verificarsi del Sinistro e allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico.

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

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

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

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

## Art. 12.4 Perdita di impiego

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it), in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;

- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia della lettera di assunzione o certificazione equipollente;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente Bancario e codice IBAN.

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

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

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

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione mensile e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente del settore Privato, quest'ultimo dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente. Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente del settore Privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

#### **Disposizioni comuni**

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

L'Assicurato deve inoltre:

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

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

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

In caso di Decesso, gli aventi causa possono compilare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it), in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento), e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a:

**NET INSURANCE LIFE S.p.A.**  
c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia

Oppure utilizzando la casella e-mail oppure utilizzando la casella e-mail [sinistri\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:sinistri_CPI_bppb@netinsurance.it), anche per informazioni relative ai Sinistri

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

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

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

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

In caso di Sinistro l'Assicurato, entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro, deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it), in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) mediante lettera raccomandata A/R a:

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

c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia

Oppure utilizzando la casella e-mail oppure utilizzando la casella e-mail [sinistri\\_CPI\\_bppb@netinsurance.it](mailto:sinistri_CPI_bppb@netinsurance.it), anche per informazioni relative ai Sinistri

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

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

NET INSURANCE S.p.A. esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa specificata agli Articoli "Denuncia di Sinistro ed obblighi relativi" riguardanti ogni garanzia.

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

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

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

## **ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI**

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini delle norme assuntive di cui al precedente art. 3.1.

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

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

## **ART. 17 COMUNICAZIONI**

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

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

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva e a fornire agli Assicurati copia del presente Set Informativo.

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

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

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

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

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

Contratto.

## ART. 20 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. 21 FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE

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

## ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

## ART. 23 RECLAMI

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

*per la Copertura Decesso:*

- Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA
- Posta elettronica certificata: [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

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

- Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA
- Posta elettronica certificata: [ufficio.reclami@pec.netinsurance.it](mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it);
- Fax: 06.89326.570

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

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), lei deve inviare una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nel modello MUP, documento che le è stato consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a risponderle entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se lei non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

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

## ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI

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

## ART. 25 CONTROVERSIE

Ferma restando la possibilità delle Parti, per la risoluzione di eventuali controversie, di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto della copertura prestata dal presente Contratto. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura

privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

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

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

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Compagnie di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione; per la Copertura Vita, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.

## **ART. 27 SANZIONI**

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

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

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

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

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

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

- a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; NET INSURANCE LIFE S.p.A. corrisponde il Capitale assicurato all'epoca del Sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo art. 30. In caso di estinzione anticipata e di surroga del finanziamento si rinvia a quanto previsto all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da Sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il Premio pagato per la copertura caso Decesso resterà acquisito da NET INSURANCE LIFE S.p.A..
- b) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 31;
- c) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 33.

### **ART. 30 PRESTAZIONE ASSICURATE**

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

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

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato, come previsto all'art. 4.

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

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

## ART. 31 ESCLUSIONI

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

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

Inoltre, è escluso il Decesso causato da:

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

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

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

## **ART. 32 RISCATTO E PRESTITI**

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

32.2 In relazione alla presente Polizza non sono concedibili prestiti.

## **ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

## **ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA (valida per tutti gli assicurati) – OPZIONI 1, 2, 3**

### **ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA**

La presente garanzia prevede, in caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nel periodo di Durata della Copertura Assicurativa, che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60%, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato eserciti o meno un'attività professionale, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo art. 35.

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

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

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

L'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 1.000.000,00 per Assicurato e per Sinistro, come previsto dall'art. 4. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

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

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

### **ART. 35 ESCLUSIONI**

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

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
  - contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
  - dolo dell'Assicurato;
  - eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
  - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
  - infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
  - infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
  - abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
  - stato di ubriachezza/ebbrezza:
    - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
    - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
  - infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
  - aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
  - infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
  - eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
  - applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
  - mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:
- uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
  - uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
  - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
  - svolgimento delle seguenti attività professionali:
    - militari, quando in servizio attivo all'Estero
    - attività circensi e stuntman
    - attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

## ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

## ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

*(valida solo per i Produttori di reddito ad eccezione dei Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato) - OPZIONE 2*

### ART. 37 PRESTAZIONI ASSICURATE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle Rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale, con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un Infortunio avvenuto o Malattia insorta nel periodo di Durata della Copertura Assicurativa, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che al momento dell'adesione sia Produttore di Reddito e che al giorno in cui si verifica il Sinistro non abbia lo status di Lavoratore Dipendente del settore Privato.

Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 38.

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

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

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

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

### ART. 38 ESCLUSIONI

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

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

- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale.

Inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

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

## ART. 39 DENUNCE SUCCESSIVE

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

## ART. 40 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

## ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO

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

## ART. 41 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita d'Impiego, avvenuta nel periodo di Durata della Copertura Assicurativa, dovuta a:

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

la Compagnia di Assicurazione liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle Rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della Disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Disoccupazione, con il massimo di

Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale. Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 42.

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

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

Qualora la Compagnia di Assicurazione stia pagando le Rate mensili e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente del settore Privato dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia di Assicurazione della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'indennizzo verrà interrotto definitivamente. Qualora il contratto di lavoro dipendente del settore Privato sia a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, qualora persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi.

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

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

## **ART. 42 ESCLUSIONI**

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

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

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente del settore Privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 (dodici) mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- il licenziamento è dovuto a giusta causa;
- il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima Disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di Disoccupazione;
- l'Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento.

## **ART. 43 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI**

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

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



## **ART. 44 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

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

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

## INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

### 1) Titolare del trattamento dei dati

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

### 2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati dalle Compagnie, a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con i Titolari (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

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

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

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

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

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



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

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

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

## 4) Modalità del trattamento dei dati

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

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

## 5) Destinatari dei dati

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

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

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, le Compagnie si impegnano a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo [responsabileprotezionedati@netinsurance.it](mailto:responsabileprotezionedati@netinsurance.it) ovvero con lettera raccomandata indirizzata alle Compagnie – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



dove sono trasferiti i dati).

## 6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

## 7) Diritti dell'Interessato

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

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

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

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

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

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

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

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

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



## MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE



### Richiesta di adesione n°

Polizze Collettive n. 653/654 "IoT Assicuro MUTUI CPI" stipulata da BANCA POPOLARE DI PUGLIA E BASILICATA S.C.p.A. (Contraente) con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.

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

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

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

% Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per Finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCA POPOLARE DI PUGLIA E BASILICATA S.C.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

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

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

% Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per Finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCA POPOLARE DI PUGLIA E BASILICATA S.C.p.A. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

Il sottoscritto/i sottoscritti:

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

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

Preso atto che BANCA POPOLARE DI PUGLIA E BASILICATA S.C.p.A. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche di BANCA POPOLARE DI PUGLIA E BASILICATA S.C.p.A., o delle sue partecipate o controllate.

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



**RICHIEDE / RICHIEDONO DI ADERIRE  
ALLE POLIZZE COLLETTIVE N. 653/654 "IoT Assicuro MUTUI CPI"**

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

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

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



## SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ADERENTE/ASSICURATO N. 1

### AVVERTENZE

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):

☐ **DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

#### BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

#### BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

☐ **DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

☐ **DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 2 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)**

#### INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

**Luogo e Data**

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



## SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ADERENTE/ASSICURATO N. 2

### AVVERTENZE

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):

☐ **DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

#### BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

#### BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

☐ **DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

☐ **DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 1 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)**

#### INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



## INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

### ADERENTE/ASSICURATO N. 1

| Costi effettivamente sostenuti sul Premio        | Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Euro</b>                                      | <b>Euro</b>                                                          |
| % 63,00 (garanzia vita) / 63,00 (garanzie danni) | % 68,25 (garanzia vita) / 68,25 (garanzie danni)                     |

### ADERENTE/ASSICURATO N. 2

| Costi effettivamente sostenuti sul Premio        | Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Euro</b>                                      | <b>Euro</b>                                                          |
| % 63,00 (garanzia vita) / 63,00 (garanzie danni) | % 68,25 (garanzia vita) / 68,25 (garanzie danni)                     |

## PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Periodicità di pagamento del Premio | In caso di Finanziamento di nuova erogazione: <ul style="list-style-type: none"><li>Premio unico anticipato</li></ul> In caso di Finanziamento già erogato, a scelta dell'Aderente/Assicurato: <ul style="list-style-type: none"><li>Premio unico anticipato</li><li>Premio annuo</li></ul>                                                                                                                               |
| Mezzi di Pagamento del Premio       | In caso di Finanziamento di nuova erogazione, a scelta dell'Aderente/Assicurato: <ul style="list-style-type: none"><li>Bonifico bancario</li></ul> In caso di Finanziamento già erogato, a scelta dell'Aderente/Assicurato: <ul style="list-style-type: none"><li>Bonifico bancario;</li><li>In caso di Premio Annuo, i rinnovi successivi al primo verranno corrisposti tramite addebito diretto SEPA sul c/c.</li></ul> |

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

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

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

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

Si specificano di seguito i seguenti significati:

- Conclusione del trattamento attivo:** la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico, in mancanza di recidive.
- Trattamento farmacologico antitumorale:** chemioterapia, terapia ormonale, immunoterapia, terapia mirata, agenti biologici, trapianto di midollo osseo, terapia cellulare o genica, trial clinici. Rientra nella definizione di trattamento farmacologico antitumorale qualsiasi eventuale combinazione dei trattamenti sopra elencati o altri approcci medici basati sull'evidenza, a seconda del tipo e dello stadio della patologia oncologica. Queste terapie possono essere impiegate in qualunque fase del trattamento della patologia oncologica (sia come terapie adiuvanti che neoadiuvanti).

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI



Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



- **Recidiva:** qualsiasi nuova manifestazione clinica associabile ad una patologia oncologica precedente, diagnosticata sia attraverso un esame biologico o di diagnostica per immagini.
- **Guarigione:** è da intendersi come equivalente al termine medico di remissione completa, cioè l'assenza di segni e sintomi relativi a una malattia oncologica. La guarigione può essere attestata, tra le altre cose, da un esame fisico, da indagini radiologiche e da biomarcatori sierici.

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

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

NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.  
c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia

## DICHIARAZIONI DEL/DEGLI ADERENTI // ASSICURATO/I

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

Io sottoscritto Aderente/Assicurato // Noi sottoscritti Aderenti/Assicurati  
**PRESO ATTO**

- che la Contraente ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l'opzione da essi prescelta, a NET INSURANCE LIFE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Decesso e a NET INSURANCE S.p.A. una copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporaria Totale da Infortunio o Malattia, Perdita d'impiego;
- che le suddette garanzie si riferiscono alle Polizze Collettive n. 653/654 che la Contraente ha stipulato con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Finanziamento sopra indicato richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione/esistenza di un Finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, il quale corre dal giorno 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla data di scadenza del Finanziamento o negli altri casi previsti nelle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO" (parte integrante della presente Richiesta di Adesione), con risposta negativa a tutte le domande in esso contenuto; oppure
  - alla sottoscrizione dell'eventuale "QUESTIONARIO ANAMNESTICO", e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, le Compagnie si riservano o meno di accettare il rischio a seguito dell'esame delle risposte al questionario e della eventuale documentazione medica prodotta.

### DICHIARO/IAMO

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

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



## DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

**AVVERTENZA** – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva n. 653/654, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

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

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

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

**DICHIARO/IAMO ALTRESI'** di aver ricevuto la seguente documentazione pre-contrattuale:

- MUP – Modello Unico Precontrattuale ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- Set Informativo (Mod. NL/NET/0104/01) comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018; Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario); Richiesta di Adesione (fac-simile).

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

**DICHIARO/IAMO**

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

Art. 3 Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione - Art. 4 Limiti di indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Art. 7 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 8 Diritto di recesso - Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 13 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione dei diritti - Art. 30 - 35 - 38 - 42 Prestazioni assicurate - Art. 37 - 39 - 43 Esclusioni.

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

Io/noi sottoscritto/i Assicurato/i DICHIARO/IAMO di possedere tutte le condizioni di assicurabilità come previste dalle Condizioni di Assicurazione;

L'Assicurato/i dichiara/no di NON avere in corso con Net Insurance Life S.p.A. altre coperture assicurative per il caso morte.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'ASSICURATO 1 \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'ASSICURATO 2 \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**FORMULA PER L'ADERENTE/ASSICURATO 1**

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



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

☐ presta il consenso

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

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

## FORMULA PER L'ADERENTE/ASSICURATO 2

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

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

☐ presta il consenso

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

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



## QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO



IoT Assicuro MUTUI CPI N. 653/654

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

N° ADESIONE: \_\_\_\_\_

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

(\*) Si specificano di seguito i seguenti significati:

- **Conclusione del trattamento attivo:** la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico, in mancanza di recidive.

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI



Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



- **Trattamento farmacologico antitumorale:** chemioterapia, terapia ormonale, immunoterapia, terapia mirata, agenti biologici, trapianto di midollo osseo, terapia cellulare o genica, trial clinici. Rientra nella definizione di trattamento farmacologico antitumorale qualsiasi eventuale combinazione dei trattamenti sopra elencati o altri approcci medici basati sull'evidenza, a seconda del tipo e dello stadio della patologia oncologica. Queste terapie possono essere impiegate in qualunque fase del trattamento della patologia oncologica (sia come terapie adiuvanti che neoadiuvanti).
- **Recidiva:** qualsiasi nuova manifestazione clinica associabile ad una patologia oncologica precedente, diagnosticata sia attraverso un esame biologico o di diagnostica per immagini.
- **Guarigione:** è da intendersi come equivalente al termine medico di remissione completa, cioè l'assenza di segni e sintomi relativi a una malattia oncologica. La guarigione può essere attestata, tra le altre cose, da un esame fisico, da indagini radiologiche e da biomarcatori sierici.

L'ASSICURATO

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

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

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

# Condizioni di Assicurazione – IoT Assicuro MUTUI CPI

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO



### QUESTIONARIO ANAMNESTICO – IoT Assicuro MUTUI CPI N. 653/654

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

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

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

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

- direttamente dall'Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato delle Compagnie di assicurazione, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia", ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

**IMPORTANTE** - In ogni caso, il Questionario Anamnestico deve essere fatto pervenire alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A., sempre unitamente alla Richiesta di Adesione, compilato e sottoscritto dall'Assicurato in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, le Compagnie di assicurazione non potranno processare la posizione assicurativa.

#### AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO

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

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

Si specificano di seguito i seguenti significati:

- **Conclusione del trattamento attivo:** la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico, in mancanza di recidive.
- **Trattamento farmacologico antitumorale:** chemioterapia, terapia ormonale, immunoterapia, terapia mirata, agenti biologici, trapianto di midollo osseo, terapia cellulare o genica, trial clinici. Rientra nella definizione di trattamento farmacologico antitumorale qualsiasi eventuale combinazione dei trattamenti sopra elencati o altri approcci medici basati sull'evidenza, a seconda del tipo e dello stadio della patologia oncologica. Queste terapie possono essere impiegate in qualunque fase del trattamento della patologia oncologica (sia come terapie adiuvanti che neoadiuvanti).
- **Recidiva:** qualsiasi nuova manifestazione clinica associabile ad una patologia oncologica precedente, diagnosticata sia attraverso un esame biologico o di diagnostica per immagini.
- **Guarigione:** è da intendersi come equivalente al termine medico di remissione completa, cioè l'assenza di segni e sintomi relativi a una malattia oncologica. La guarigione può essere attestata, tra le altre cose, da un esame fisico, da indagini radiologiche e da biomarcatori sierici.

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

|                                                                                                                                  |                                                                                                                    |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Altezza: ..... cm    Peso: ..... kg    Differenza (Altezza - Peso): .....                                                        | In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste                                                 |                                                                                                                           |
| 1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                            |                                                                                                                           |
| 2 È attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                            | Da quando? .....<br>Per quale motivo? .....                                                                               |
| 3 È sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                            | Per quale(i) motivo(i)? .....<br>Da quando? .....<br>Trattamento e posologia.....                                         |
| 4 È colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                            | Di quale natura? .....<br>Da quando? .....                                                                                |
| 5 È titolare di una pensione per malattia o infortunio?<br>È titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? .....<br>Percentuale(i)? .....%<br>Da quando? .....<br>(allegare copia della notifica di rendita) |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 Gode dell'esonerazione dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? .....<br>Da quando? .....                                                                  |
| 7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? .....<br>Quando? .....<br>Per quanto tempo? .....                                          |
| 8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato <b>positivo</b> per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Quale(i)? .....<br>Quando? .....<br>Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> |
| 9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Durata? .....                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo</li> </ul>                                                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura (<b>ferma l'esenzione dalla dichiarazione prevista alle Avvertenze sulla compilazione lettera d)</b></li> </ul>                                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| 10 Negli ultimi 10 anni è stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo <b>diverso</b> dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? .....<br>Quando? .....<br>Per quanto tempo? .....                                          |
| 11 Nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                                                    |
| - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| - essere ricoverato?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| - subire un intervento chirurgico?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| - seguire un trattamento medico?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| 12 È mai risultato positivo al Covid19?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| 13 L'infezione al Covid19:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                                                                    |
| a) Le ha comportato un ricovero presso una struttura sanitaria in un reparto di terapia intensiva o sub-intensiva o supporto nella ventilazione a domicilio?                                                                                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |
| b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | .....                                                                                                              |



| QUADRO RISERVATO ALL'ASSICURATO              | QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA<br>(da compilare se il Medico ha partecipato alla compilazione del Questionario) |                                           |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nome: _____<br>Cognome: _____                | Nome: _____<br>Cognome: _____                                                                                          | <b>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</b>          |
| <hr/>                                        | <hr/>                                                                                                                  |                                           |
| Luogo: _____<br>Data: __ / __ / ____         | Luogo: _____<br>Data: __ / __ / ____                                                                                   |                                           |
| Letto ed approvato,<br><br>_____             |                                                                                                                        | Letto ed approvato,<br><br>_____          |
| (L'Assicurato, firma per esteso e leggibile) |                                                                                                                        | (Il Medico, firma per esteso e leggibile) |