POLIZZA DI ASSICURAZIONE

lifebelt

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

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA DI ADESIONE.

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".

Mod. NL/NET/0131/01 - Ed. 06-2025

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

Assicurazione Vita

Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente a Finanziamento

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

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

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?

LIFEBELT è una Polizza Collettiva stipulata da FIDES S.p.A. (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento (prestito) con la stessa. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire la persona assicurata, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate del prestito. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 2 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?

✓ **Decesso**

In caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce il pagamento di un importo pari al debito residuo in linea capitale previsto alla data corrispondente al pagamento della rata precedente il Decesso, con un limite massimo di 100.000 euro.

La predetta garanzia di ramo Vita è prestata congiuntamente alle garanzie di ramo Danni (Invalidità Totale e Permanente da infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Perdita d'impiego) prestate dalla compagnia NET INSURANCE S.p.A., a seconda della scelta da parte dell'Aderente/Assicurato delle opzioni di prodotto 1 o 2.

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***
Opzione 2: sottoscrivibile dai soli ***Produttori di reddito Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità min. 12 mesi.***

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:

× chi non ha la propria residenza o il proprio domicilio abituale in Italia;

× chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 71 anni compiuti;

× chi non abbia stipulato un Contratto di finanziamento con la Contraente e chi non abbia sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione e, ove richiesto, il Questionario Medico Semplificato ed il Questionario Anamnestico anche con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;

Inoltre:

× la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 78 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 da alcuni eventi specifici quali 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.

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?

Il premio dell'adesione viene versato dalla Contraente in una unica soluzione e in via anticipata, mediante bonifico bancario.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

- la data di erogazione del Finanziamento o con la data dell'eventuale accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione o con la data dell'eventuale accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione, per i Finanziamenti già erogati.

La durata delle coperture assicurative è pari:

- alla durata del prestito, in caso di nuova richiesta di finanziamento,
- alla durata residua del prestito, in caso di finanziamento già erogato.

Le coperture assicurative vengono prestate per una durata compresa tra un minimo di 6 mesi ed un massimo di 120 mesi ed in ogni caso, al compimento del 78° anno di età dell'Assicurato.

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

La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza.
L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di decorrenza (diritto di ripensamento). 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 o del Distributore) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte).
L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto annualmente dalle coperture danni, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte)

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

Assicurazione Danni

Prodotto assicurato abbinato facoltativamente a Finanziamento

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Net Insurance S.p.A. **Prodotto: LIFEBELT**

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

Che tipo di assicurazione è?

LIFEBELT è una Polizza Collettiva stipulata da FIDES S.p.A. (**Contraente**) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento (prestito) con la stessa. La polizza ha finalità di protezione dell'Assicurato contro l'accadimento di eventi imprevisti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di restituzione alla banca delle rate del Prestito. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 2 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?

Le sotto riportate garanzie di ramo Danni sono prestate congiuntamente alla garanzia Decesso di ramo Vita prestata dalla compagnia NET INSURANCE LIFE S.p.A.

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 Prestito in linea capitale alla data del Sinistro.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** - Indennizzo forfettario per Ricovero Ospedaliero dovuto a un Grande Intervento Chirurgico riportato nell'Allegato 1 della Condizioni Generali di Assicurazione.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari alle rate mensili del Prestito 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.

OPZIONE 2 ***(sottoscrivibile dai soli Produttori di reddito Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità min. 12 mesi)***

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito in linea capitale alla data del Sinistro.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** Indennizzo forfettario per Ricovero Ospedaliero dovuto a un Grande Intervento Chirurgico riportato nell'Allegato 1 della Condizioni Generali di Assicurazione.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** –

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile chi:

- × chi non ha la propria residenza o il proprio domicilio abituale in Italia;
- × chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 71 anni compiuti;
- × chi non abbia stipulato un Contratto di finanziamento con la Contraente e chi non abbia sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione e, ove richiesto, il Questionario Medico Semplificato ed il Questionario Anamnestico anche con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;

Inoltre:

- × la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 78 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?

A titolo esemplificativo e non esaustivo, si riportano alcune delle cause per cui le garanzie non sono indennizzate.

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

- ! 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);

Alcune delle esclusioni per la garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico:

- ! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- ! infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso

La copertura opera, alle medesime condizioni previste nell'Opzione 1, in sostituzione della garanzia Perdita d'Impiego in caso di variazione dello status di Lavoratore Dipendente Privato dell'Assicurato

Perdita d'Impiego - Indennizzo pari alle rate mensili del Prestito 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.

non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;

Alcune delle esclusioni per la garanzia perdita d'impiego:

- ! la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- ! risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- ! ***Per alcune garanzie sono previste carenze e/o franchigie.***

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:*** al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione, se il capitale assicurato è superiore a 30.000,00 euro, è necessario 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 adesione all'Opzione 2, qualora subentri una variazione dello status lavorativo, è necessario comunicare il cambiamento alla compagnia
- ***in caso di presentazione di una denuncia di sinistro:*** è richiesta la denuncia di eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia stessa tutta la documentazione prevista dalla Compagnia.

Quando e come devo pagare?

Il premio dell'adesione viene versato dall'Aderente in una unica soluzione e in via anticipata, mediante bonifico bancario.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

- la data di erogazione del Finanziamento o con la data dell'eventuale accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione o con la data dell'eventuale accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione, per i Finanziamenti già erogati.

La durata delle coperture assicurative è pari:

- alla durata del prestito, in caso di nuova richiesta di finanziamento,
- alla durata residua del prestito, in caso di finanziamento già erogato.

Le coperture assicurative vengono prestate per una durata compresa tra un minimo di 6 mesi ed un massimo di 120 mesi ed in ogni caso, al compimento del 78° anno di età dell'Assicurato per la garanzia Invalidità permanente totale e alla data di Pensionamento dell'Assicurato per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego.

Come posso disdire la polizza?

La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza.
L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di decorrenza (diritto di ripensamento).
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 o del Distributore) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte).

- L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto annualmente dalle coperture danni, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).

Assicurazione Multirischi

Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente a Finanziamento

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

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

LIFEBELT

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; e-mail: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it.

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

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

Il patrimonio netto di Net Insurance 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 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.***
Opzione *2*: sottoscrivibile dai ***soli Produttori di Reddito Dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità minima 12 mesi.***
Dal calcolo del Debito residuo del Finanziamento 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 1.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 24 Indennizzi mensili di Rate di Mutuo per Sinistro e 36 Indennizzi mensili di Rate di Mutuo per l'intera Durata della Copertura Assicurativa;

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, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, valgono le seguenti esclusioni:** **Ubriachezza o uso di sostanze:** stato di ebbrezza o ubriachezza dell'Assicurato (tasso alcolemico superiore ai limiti di legge alla guida di un veicolo, superiore a 0,8 g/l in ogni altro caso). Abuso di psico-farmaci o uso di stupefacenti o allucinogeni, con eccezione per utilizzo a scopo terapeutico e non legati a stati di dipendenza. **Guida senza patente:** guida di veicolo senza patente o abilitazione

	richiesta. L'esclusione non si applica se la patente era scaduta, ma l'Assicurato aveva i requisiti per rinnovarla al momento del sinistro e l'ha ottenuta entro i tre mesi successivi. **Attività professionali rischiose:** forze dell'ordine e forze armate quando sono in servizio attivo all'estero; chi svolge attività circensi o è uno stuntman; chi usa esplosivi o lavora accedendo a miniere. **Contaminazione chimica o biologica da terrorismo:** eventi causati direttamente o indirettamente da contaminazione biologica e/o chimica collegata ad atti terroristici. **Uso di mezzi aerei o sottomarini e sport estremi:** uso (anche come passeggero) di deltaplani, ultraleggeri o parapendio. Uso (anche come passeggero) di mezzi subacquei. **Sport a livello professionistico e competizioni motoristiche/nautiche:** pratica di qualsiasi sport a livello professionistico non è coperta. Fanno eccezione le partecipazioni a competizioni o prove con carattere puramente ricreativo o per gare aziendali/interaziendali. È escluso l'uso di veicoli o natanti a motore per partecipare a competizioni che non siano di pura regolarità, incluse le relative prove. **Sport specifici considerati rischiosi:** pratica di pugilato, atletica pesante, lotta (in tutte le sue forme), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino (con sci o idroscì), sci acrobatico, bob e sport aerei in generale. **Eventi atomici:** eventi causati da trasformazioni o assestamenti violenti dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (come fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, raggi X, ecc.). **HIV/AIDS:** eventi causati da infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o simili. **Autolesionismo volontario:** atti con cui l'Assicurato si procura volontariamente un danno. Questo vale anche se l'Assicurato non era in grado di intendere o di volere al momento, ma solo se questa incapacità se l'è procurata lui stesso. **Sanzioni internazionali:** L'assicurazione non fornirà nessuna copertura, risarcimento o pagamento se ciò dovesse esporla a divieti, sanzioni economiche o restrizioni imposte da Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche/commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America6. Questa esclusione si applica sia al Ramo Vita che al Ramo Danni. **Esclusioni Specifiche per la Garanzia Decesso - oltre alle esclusioni comuni, la garanzia Decesso non copre:** **Suicidio:** quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto. **Alpinismo e arrampicata estrema:** La pratica di alpinismo sopra i 4.000 metri di altitudine e/o con difficoltà superiore al 3° grado della scala francese4. È esclusa anche l'arrampicata su ghiaccio o ghiacciai, e l'arrampicata fatta da soli (indipendentemente dall'altezza). **Incidenti di volo specifici:** Incidenti che avvengono durante acrobazie aeree, esibizioni, tentativi di record, voli di collaudo o durante la pratica del paracadutismo, a meno che il paracadutismo non sia stato fatto per una vera e propria situazione di pericolo. **Esclusioni Specifiche per le Garanzie Invalidità Totale Permanente (ITP), Inabilità Temporanea Totale (ITT) e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (ROGIC)- oltre alle esclusioni comuni, le garanzie ITP e ITT non coprono:** **Sport specifici aggiuntivi:** La pratica di rugby e football americano4. Le immersioni con autorespiratore. **Partecipazione attiva a disordini:** Infortuni causati dalla partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti o risse. **Eventi legati a specifiche malattie mentali:** Eventi causati da specifiche infermità mentali come sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. **Interventi estetici:** Trattamenti o operazioni di chirurgia plastica fatti per motivi puramente estetici o personali8. Fa eccezione la chirurgia plastica necessaria per ricostruire parti del corpo danneggiate a causa di un infortunio coperto dall'assicurazione. **Esclusioni e Limitazioni Specifiche per le Garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT) e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (ROGIC) - oltre alle esclusioni comuni e a quelle specifiche per ITP/ITT/ROGIC, le garanzie ITT/ROGIC hannp queste specificità:** **Mal di schiena:** Il mal di schiena e problemi simili non sono coperti, a meno che esami medici (radiologici e clinici) non dimostrino chiaramente che causano una completa e totale inabilità. **Esclusioni Specifiche per la Garanzia Perdita d'Impiego - non è coperta la perdita del lavoro se il licenziamento è dovuto a:** **Motivi specifici legati al lavoratore o al rapporto:** Licenziamento per giustificato motivo soggettivo (come scarso rendimento o comportamenti inadeguati)8. Licenziamento per motivi disciplinari o professionali8. Licenziamento tra congiunti (come genitori e figli, nonni e nipoti, ecc.). **Lavoro all'estero:** Il contratto di lavoro è stato stipulato all'estero, a meno che non sia regolato specificamente dalla Legge italiana. **Stato lavorativo non conforme:** L'Assicurato non è iscritto alle liste di collocamento al momento dell'evento o rientra nei casi considerati di Disoccupazione parziale (come i lavori socialmente utili).

Ci sono limiti di copertura?

Periodo di Franchigia Inabilità Temporanea Totale: 30 giorni. Questo significa che i primi 30 giorni di inabilità per ogni sinistro non sono indennizzati dall'assicurazione. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa. **Periodo di Franchigia Perdita di Impiego: 60 giorni.** L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa. **Periodo di Franchigia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico: 5 giorni.**

Periodo di Carenza Inabilità Temporanea Totale: 60 giorni dall'inizio della copertura. L'indennità non viene pagata se l'inabilità viene notificata nei primi 60 o 30 giorni. **Periodo di Carenza Perdita di Impiego: 30 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**.** La Garanzia **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** è sottoposta ad un **Periodo di Carenza di 30 giorni**; qualora il sinistro, se conseguente a malattia, sia avvenuto nei primi 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.

Periodo di Riqualificazione: Dopo che è stato indennizzato un sinistro devono passare **90 giorni** senza che si manifesti nuovamente l'inabilità collegata a quel sinistro prima che un eventuale nuovo sinistro ITT possa essere considerato indennizzabile.

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 Finanziamento con la stessa, aventi un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti al momento dell'Adesione.

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul Premio
Si riporta di seguito l'informativa dettagliata sui costi:

	Caricamento
Garanzia Vita	70,00%
Garanzie Danni	70,00%

del Premio unico anticipato al netto delle imposte, ove applicabili.

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

	Caricamento
Garanzia Vita	71,43%
Garanzie Danni	71,43%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

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

REGIME FISCALE

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

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

Condizioni di Assicurazione

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

Sommario

CONTATTI UTILI 3

GLOSSARIO 4

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 7

POLIZZA COLLETTIVA LIFEBELT 7
ART. 1 GARANZIE PRESTATE 7
ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE 7
ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITA' DI AMMISSIONE 8
ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO 9
ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 9
ART. 6 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE 9
ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 9
ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO 10
ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI 10
ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO 10
ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO rifiutare 11
ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO 12
ART. 13 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEI SUOI AVENTI CAUSA IN CASO DI SINISTRO 15
ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI 15
ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI 15
ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI 15
ART. 17 COMUNICAZIONI 16
ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO 16
ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA 16
ART. 20 HOME INSURANCE (Area Riservata) 16
ART. 21 FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE 16
ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA 16
ART. 23 RECLAMI 16
ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI 17
ART. 25 CONTROVERSIE 17
ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE 17
ART. 27 SANZIONI 17
ART. 28 MODIFICHE ALLA RICHIESTA DI ADESIONE 17

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO 18
ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO 18
ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE 18
ART. 31 BENEFICIARI 18
ART. 32 ESCLUSIONI 18
ART. 33 RISCATTO E PRESTITI 19
ART. 34 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 19

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA 20
ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE 20
ART. 36 ESCLUSIONI 20
ART. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 21

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE 22
ART. 38 PRESTAZIONI ASSICURATE 22
ART. 39 ESCLUSIONI 22
ART. 40 DENUNCE SUCCESSIVE 23
ART. 41 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 23

ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO **24**
ART. 42 PRESTAZIONI ASSICURATE 24
ART. 43 ESCLUSIONI 24
ART. 44 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 24
ART. 45 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 25

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO **26**
Art. 46 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 26
Art. 47 - INDENNIZZO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 26
Art. 48 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRUGICO 26
Art. 49 - DENUNCE SUCCESSIVE 26

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI **27**

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI **1**

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE **1**

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO **1**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO **1**

CONTATTI UTILI

Sito 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;
mail: sinistri_CPI_fides@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;
mail: sinistri_CPI_fides@netinsurance.it

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA
Numero Verde: **800 9366 63**
mail: adesioni_CPI_fides@netinsurance.it

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

GLOSSARIO

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 l'Assicurato ovvero con la persona fisica che ha sottoscritto un Contratto di Finanziamento con la Contraente ovvero con il suo/suoi eventuale/i Garante/i.

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

Assicurato
Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 78 anni non compiuti, . 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.

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, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Inabilità Temporanea Totale e 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'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.

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
Singolarmente: la Compagnia.

Contraente
Fides S.p.A. che stipula la Convenzione Assicurativa con le Compagnie di Assicurazione.

Condizioni Generali di Assicurazione/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 Contraente concede all'Assicurato un finanziamento, rientrante nell'ambito dei prestiti personali per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata non superiore a 120 mesi 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.

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.

Distributore
qualsiasi intermediario assicurativo o riassicurativo, intermediario assicurativo a titolo accessorio e impresa di assicurazione o riassicurazione.

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 hanno validità.

Estero
Situato oltre i confini dello Stato italiano.

Franchigia
La Franchigia per le Garanzie Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Inabilità Temporanea Totale e 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.

Intermediario assicurativo
Qualsiasi persona, fisica o giuridica, diversa da un'impresa di assicurazione o riassicurazione e diversa da un intermediario assicurativo a titolo accessorio che svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

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, con anzianità minima di 12 mesi, 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 abitualità e prevalenza, immediatamente prima del Sinistro.

Parti

Le Compagnie di Assicurazione, la Contraente, l'eventuale Distributore e l'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 Contraente nell'interesse di più Assicurati che vogliono proteggersi contro i rischi dedotti nella Polizza medesima.

Premio

Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le Coperture Assicurative prestate. Il Premio viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione e viene calcolato in percentuale del Capitale assicurato.

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, 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'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, mediante la quale l'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 GENERALI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA LIFEBELT

I testi integrali delle Polizze Collettive stipulate tra la CONTRAENTE e le COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE sono depositati presso la sede della Contraente, del Distributore 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:

a. Decesso, per tutti gli Assicurati, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A. (Opzioni 1, 2);
b. Invalidità Totale Permanente, per tutti gli Assicurati, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzioni 1, 2);
c. Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (Opzioni 1 e 2);
d. Inabilità Temporanea Totale, valida per tutti gli Assicurati nel caso dell'Opzione 1 ed in sostituzione della garanzia Perdita d'Impiego in caso di variazione dello status di Lavoratore Dipendente Privato dell'Assicurato nel caso dell'Opzione 2; (Opzione 1 e 2);
e. Perdita di Impiego, solo per i Dipendenti del settore Privato a tempo indeterminato, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzione 2).

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

Opzione contrattuale	Persone Assicurabili	Coperture assicurative				
		Decesso	Invalidità Totale e Permanente (ITP)	Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (RIGIC)	Inabilità Temporanea Totale (ITT)	Perdita d'impiego (PI)
Opzione 1	Tutti gli Assicurati	*Si*	*Si*	*Si*	*Si*	*No*
Opzione 2	Riservata ai soli Produttori di reddito Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità min. 12 mesi	*Si*	*Si*	*Si*	In sostituzione della garanzia Perdita d'Impiego in caso di variazione dello status di Lavoratore Dipendente Privato dell'Assicurato	*Si*

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato.

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 Generali 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 FORMALITA' DI AMMISSIONE

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

1. aderisce alla copertura assicurativa e che abbia regolarmente pagato il premio.
2. abbia stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente, **di durata compresa tra 6 mesi e 120 mesi**, ovvero figuri quale Garante rispetto al Contratto medesimo;
3. sia di età **non inferiore a 18 anni né superiore a 71 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 **78 anni non compiuti** per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, e **al Pensionamento** per le garanzie Inabilità Totale Temporanea e Perdita di Impiego;
4. 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/o con l'aiuto del proprio Medico di famiglia; abbia sottoscritto la sola Richiesta di Adesione **per capitali assicurati fino a € 30.000.**
5. abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta nonché le eventuali informazioni aggiuntive sul proprio stato di salute se richieste dalle Compagnie di Assicurazione;
6. non sia portatore di uno stato di Invalidità Permanente Totale riconosciuto, di grado uguale o superiore a 40% (non rilevano le Invalidità Permanenti riconosciute per patologie mentali/ psichiatriche).
7. non riceva una pensione di invalidità o, comunque, non abbia presentato domanda per ottenerla (non rilevano le pensioni di invalidità eventualmente riconosciute per patologie mentali/ psichiatriche).
8. ha la propria residenza o il proprio domicilio abituale in Italia;
9. 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.

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.**

Qualora l'Assicurato dovesse iniziare a trovarsi in una delle situazioni sopra indicate in corso di contratto assicurativo, la garanzia si intenderà cessata dalla medesima data ed eventuali Sinistri che dovessero verificarsi successivamente non saranno indennizzati dalla Compagnia. Resta inteso che la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio già pagato, al netto delle imposte, per la parte proporzionale di Premio relativa al periodo per il quale la garanzia assicurativa ha avuto effetto.

Si precisa che per capitali assicurati di importo fino a € 30.000,00, l'Aderente/Assicurato potrà aderire alla presente Polizza Collettiva sottoscrivendo la sola Richiesta di Adesione.
L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.
Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo art. 3.1.

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, le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, le Compagnie di Assicurazione si impegnano a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'Assicurato e, per conoscenza, alla Contraente e/o al Distributore.

Con specifico riferimento alle garanzie **Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego**, inoltre, è assicurabile la 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 assicurati fino a 30.000,00 euro non è prevista la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato.**
- **Per capitali assicurati superiori a 30.000,00 euro dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente 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.**

Di volta in volta la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

a. in caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente: 100.000,00 euro per Sinistro;
b. In caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico: importo forfetario pari a 12 rate mensili se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria in regime di solvenza; 6 rate mensili se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o. se privata, in regime di convenzionamento con il S.S.N. In qualsiasi caso la rata mensile non potrà superare 1.500,00 euro.
c. In caso di Inabilità Temporanea Totale o Perdita d'Impiego: 1.500,00 euro mensili col massimo di 24 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'Aderente/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.

1. **Qualora l'Assicurato abbia aderito all'Opzione 1, non è tenuto a comunicare la variazione nella professione;**
2. **Qualora l'Assicurato abbia aderito all'Opzione 2, nel caso in cui 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, Invalidità Totale Permanente e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico restano in vigore senza alcuna modifica;**
   - **La copertura Perdita d'Impiego cessa la propria efficacia e verrà sostituita senza soluzione di continuità, dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale.**

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 o con la data dell'eventuale accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione o con la data dell'eventuale accettazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione, per i Finanziamenti già erogati.

Per tutte le garanzie, 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 6 mesi e massimo di 120 mesi.
Le garanzie Decesso, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico e Invalidità Totale Permanente terminano, in ogni caso, al compimento del 78° anno di età dell'Assicurato, mentre le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego hanno termine alla data di Pensionamento dell'Assicurato.

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

1. Decesso dell'Assicurato.
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato.
3. scadenza dell'Adesione;
4. raggiungimento del 78° anno di età dell'Assicurato per le garanzie Decesso, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico e Invalidità Totale Permanente;
5. raggiungimento dell'età di Pensionamento (solo per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego)
6. esercizio del diritto di recesso;
7. 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);
8. 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

La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza.
L'Aderente/Assicurato 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 di Assicurazione, anche per il tramite della Contraente o del Distributore, rimborsano il Premio all'Aderente/Assicurato.

L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto: annualmente dalle coperture danni, 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.

La revoca e il recesso devono essere comunicate per iscritto alle Compagnie di Assicurazione, o eventualmente per il tramite dell'Intermediario assicurativo presso il quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata A/R contenente gli estremi identificativi del Contratto stesso, ed 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 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alle garanzie Invalidità Totale e Permanente, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, 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.
L'Intermediario assicurativo può essere designato come Beneficiario solo qualora il Contratto non sia intermediato dall'intermediario assicurativo stesso o da soggetti ad essi legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.
L'Aderente/Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni comunicandolo per iscritto alle Compagnie di Assicurazione 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'Aderente/Assicurato e il Beneficiario abbiano espressamente dichiarato per iscritto alle Compagnie di Assicurazione, 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 Assicurazione 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 di Assicurazione 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 di Assicurazione 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'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione.

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Aderente/Assicurato o per suo conto dalla Contraente o Distributore di un Premio in via anticipata e in un'unica soluzione per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.
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.
L'importo totale del Premio unico 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'Assicurato al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento tramite bonifico bancario o addebito in conto.

Le Compagnie di Assicurazione, inoltre, nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal questionario anamnestico emergano patologie di rilievo, si riservano la facoltà di l'assunzione del rischio.

ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO rifiutare

Nel caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento, salvo il caso in cui l'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 o il Distributore 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'Assicurato.
Le Compagnie di Assicurazione, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, restituiranno all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata per quanto concerne il Premio inerente la Copertura Decesso:

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

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 alle Coperture danni (Invalidità Permanente Totale, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego), calcolato come segue:

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

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 di Assicurazione, 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.
La richiesta dovrà essere effettuata dall'Aderente/Assicurato direttamente alle Compagnie di Assicurazione o per il tramite della Contraente o del Distributore 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 e Permanente, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, 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, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati presso l'Intermediario assicurativo mediante apposita comunicazione o compilazione del modulo Denuncia di Sinistro. 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, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): **NET INSURANCE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia.**

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_fides@netinsurance.it, anche per informazioni relative ai Sinistri

Per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego) l'Assicurato potrà rivolgersi a:

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

oppure utilizzando la casella e-mail sinistri_CPI_fides@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 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 assicurativo o con firma autenticata da un Pubblico Ufficiale 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 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 assicurativo 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 o il Distributore, 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 debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici dell'Assicurato (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 Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico

- modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici dell'Assicurato (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;
- certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Art. 12.4 Inabilità Temporanea Totale

- modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici dell'Assicurato (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 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. 12.41 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. 12.5 Perdita di impiego

- modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici dell'Assicurato (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;
- 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'Aderente/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. 12.5.1 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 Compagnia 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 di Assicurazione medesime.

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

Per la garanzia caso Decesso
In caso di Decesso, i Beneficiari designati possono compilare debitamente l'apposito modulo Denuncia di Sinistro, e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a:

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

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

In alternativa, l'Intermediario assicurativo presso il quale è stato conclusa la Richiesta di Adesione è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.
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, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, 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 comunicazione di denuncia di sinistro mediante lettera raccomandata A/R a:

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

unitamente alla documentazione prevista nelle Condizioni Generali di Assicurazione, e, specificamente, all'Art. 12.2 per il caso di Invalidità Totale Permanente, all'Art. 12.3 per il caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, all'Art. 12.4 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'Art. 12.5 per il caso di Perdita d'Impiego.
In alternativa, l'Intermediario assicurativo presso il quale è stato conclusa la Richiesta di Adesione è a disposizione per l'assistenza necessaria per l'espletamento della pratica, senza alcun onere aggiuntivo.
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. 12.4.1 e 12.5.1.
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'Aderente/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, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico e 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 dei limiti assuntivi di cui 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/Assicurato. 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'Assicurato sulla Richiesta di Adesione.

ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente o il Distributore - 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 o del Distributore.

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'Aderente/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;
- Fax: 06.89326.570

per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, 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;
- Fax: 06.89326.570

I reclami saranno riscontrati 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 Allegato 4, 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,

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 Info su: 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 Collettiva.

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'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 e 2

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 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. 32;
c) gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 34.

ART. 30 PRESTAZIONI 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.

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di 100.000,00 euro, 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 presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 31 BENEFICIARI

I Beneficiari della prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato vengono designati dall'Aderente/Assicurato tramite specifica indicazione riportata nella Richiesta di Adesione.
L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni.
Eventuali revoche o modifiche devono essere fatte con dichiarazione scritta a NET INSURANCE LIFE S.p.A., tramite l'eventuale modulo messo a disposizione dalla Compagnia oppure con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo la morte dell'Assicurato;
- quando l'Aderente/Assicurato e il Beneficiario abbiano espressamente dichiarato per iscritto a NET INSURANCE LIFE S.p.A., 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 a NET INSURANCE LIFE S.p.A. 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.
Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

ART. 32 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 quanto diversamente specificato e 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 della 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;**
- **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;**
- **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;**
- **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.);**

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 scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, 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.**

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

ART. 33 RISCATTO E PRESTITI

33.1 L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.
33.2 In relazione alla presente Polizza Collettiva non sono concedibili prestiti.

ART. 34 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 e 2

ART. 35 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato 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 78° 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. 36.
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.

L'indennizzo non potrà superare l'importo di 100.000,00 euro 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 totale 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. 36 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale e 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;**
- **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 energici 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 idroscì, 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. 37 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Aderente/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 per tutti gli Assicurati nel caso dell'Opzione 1 ed in sostituzione della garanzia Perdita d'Impiego in caso di variazione dello status di Lavoratore Dipendente Privato dell'Assicurato nel caso dell'Opzione 2) – OPZIONE 1 e 2

ART. 38 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 1.500,00 euro al mese, per un massimo di 24 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.
In caso di Opzione 2, la garanzia è operante a condizioni che al giorno in cui si verifica il Sinistro, l'Assicurato non abbia lo status di Lavoratore Dipendente del Settore Privato.
Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 39.

La Copertura Assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea Totale è sottoposta ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 (trenta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art. 11 delle presenti Condizioni Generali 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. 39 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;**
- **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 energici 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 idroscì, 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. 40 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 Riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua Normale attività lavorativa.

ART. 41 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di infortunio o malattia l'aderente/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 2

ART. 42 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 1.500,00 euro al mese, per un massimo di 24 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale.
Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 43.

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 30 (trenta) 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 presenti Condizioni Generali 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. 43 ESCLUSIONI

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;**
- **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;**
- **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. 44 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. 45 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.

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO
(valida per tutti gli Assicurati) – Opzioni 1 e 2

Art. 46 - OGGETTO DELLA COPERTURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero ospedaliero, di durata non inferiore a 5 giorni (franchigia relativa di 5 giorni) presso un Istituto di Cura, reso necessario per l'esecuzione di uno dei "Grandi Interventi Chirurgici" compresi nell' Allegato 1, la Compagnia corrisponde l'indennizzo forfettario indicato all'art. 47 a condizione che il Ricovero Ospedaliero si sia verificato durante il periodo in cui il Contratto è efficace ai sensi dell'art. 7 "Decorrenza e durata della copertura assicurativa".

La Copertura Assicurativa per Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico è sottoposta ad un Periodo di Carenza di 30 (trenta) giorni; qualora il sinistro, se conseguente a malattia, sia avvenuto nei primi 30 (trenta) giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.

Art. 47 - INDENNIZZO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'Indennizzo forfettario assicurato sarà pari a:

- 12 volte l'indennità mensile indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza;
- 6 volte l'indennità mensile indicata in polizza se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il S.S.N.

Art. 48 - ESCLUSIONI PER IL CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRUGICO

La garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

a) malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e sottaciute dolosamente dall'Assicurato alla Compagnia
b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
c) infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
d) malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
e) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
f) guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;
g) scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
h) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
i) sindromi organiche cerebrali;
j) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
k) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
l) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità del Contratto;
m) Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
n) mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.

Art. 49 - DENUNCE SUCCESSIVE

Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 (trenta) giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, by-pass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfoadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto- vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.

- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

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 impartire 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.

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 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 ovvero con lettera raccomandata indirizzata alle Compagnie – copia degli

impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.
Responsabile Protezione Dati
Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,
00161 Roma
ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it
ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

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

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE

Richiesta di adesione n°

Polizze Collettive n. 662/663 "LIFEBELT" stipulata da FIDES S.p.A. (Contraente) con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.

1) Dati dell'Aderente/Assicurato				
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** **Tipo**	**Numero**	**Data e luogo di emissione, Ente emittente**	
Opzione di Prodotto prescelta				

Il sottoscritto:
☐ **ADERENTE/ASSICURATO** - In qualità di intestatario/garante del Finanziamento richiesto n. , importo finanziato in linea capitale da erogare Euro, per una durata di mesi,

RICHIEDE DI ADERIRE
ALLE POLIZZE COLLETTIVE N. 662/663 "LIFEBELT"

☐ **Opzione di Prodotto 1**		
Riservata a Tutti gli Assicurati Produttori o meno di reddito A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia C) Assicurazione Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico D) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO		
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	

☐ **Opzione di Prodotto 2**		
Riservata ai Produttori di reddito Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indet. A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia C) Assicurazione Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico D) Assicurazione Perdita d'impiego		
IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO		
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	

FAC-SIMILE

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO

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)**

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	

FAC-SIMILE

INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	*Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione*
Euro	***Euro***
% *70,00 (garanzia vita) / 70,00 (garanzie danni)*	% *71,43 (garanzia vita) / 71,43 (garanzie danni)*

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	**Premio unico anticipato**
Mezzi di Pagamento del Premio	**Il premio dell'adesione viene versato dalla Contraente in una unica soluzione e in via anticipata, mediante bonifico bancario.**

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ADERENTE/ ASSICURATO

La Compagnia assume il rischio raccogliendo dall'Aderente/Assicurato informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita, mediante richiesta, ove previsto in base alle Condizioni di Assicurazione, di compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO oppure, ove necessario, del QUESTIONARIO ANAMNESTICO, allegando la documentazione medica richiesta dalla Compagnia.

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

a) **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;**
b) **prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
c) **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;**
d) **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.

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);**
- **La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alle Compagnie, anche per il tramite della filiale della Contraente o del Distributore presso il 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

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONI DELL' ADERENTE/ ASSICURATO

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

Io sottoscritto Aderente/Assicurato
PRESO ATTO

- che la Contraente ha richiesto, secondo l'opzione prescelta dai Clienti, 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 Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Perdita d'impiego;
- che le suddette garanzie si riferiscono alle Polizze Collettive n. 662/663 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, decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla data di scadenza del Finanziamento o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata, ove previsto:
  - alla sottoscrizione del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO"; 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

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di non aver compiuto 71 anni;
- **di aderire**, in qualità di Aderente/Assicurato, alle Polizze Collettive sulndicata, 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	

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

AVVERTENZA – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva n. 662/663, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa

L'Aderente/Assicurato dichiara di aver ricevuto la seguente documentazione pre-contrattuale:

a) MUP - Modello Unico Precontrattuale ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
b) Set Informativo (Mod. NL/NET/0131/01) 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	

- **di aver scelto, ai sensi dell'art. 120-quater del CAP, di ricevere la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, del contratto di assicurazione concluso, e durante la vigenza del contratto di assicurazione, delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, VIA E-MAIL IN FORMATO PDF agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.**
  In mancanza di tale dichiarazione la documentazione e le comunicazioni obbligatorie future saranno inviate in formato cartaceo. Tale dichiarazione potrà essere revocata liberamente dal Contraente in qualsiasi momento.

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO	

DICHIARO

• 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 revoca, 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 - Artt. 30 - 35 - 38 - 42 Prestazioni assicurate - Artt. 32 - 36 - 39 - 43 Esclusioni.

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO	

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:

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

FAC-SIMILE

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

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

LIFEBELT N. 662/663

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A IL: _____

N° ADESIONE: _____

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (da compilarsi a cura dell'Assicurato)	Fare una croce nella casella del SI 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?	SI□ NO□
2. Lei è attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI□ NO□
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?	SI□ NO□
4. Lei è stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI□ NO□
Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI□ NO□
Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI□ NO□
Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI□ NO□
Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI□ NO□
Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI□ NO□
Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI□ NO□
Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI□ NO□
Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI□ NO□
Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI□ NO□
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) (*)**	SI□ NO□
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?	SI□ NO□
6. Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI□ NO□
7. La differenza tra la Sua altezza in centimetri □□□ ed il Suo peso in chilogrammi □□□ è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI□ NO□
8. È mai risultato positivo al Covid19?	SI□ NO□
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?	SI□ NO□
b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?	SI□ NO□

(*) 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.

L'ASSICURATO
Nome_____ Cognome_____
Data di nascita_____/_____/_____
Data_____/_____/_____ Firma (per esteso e leggibile) _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – LIFEBELT N. 662/663

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.: a) per il tramite del Contraente ovvero b) 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: **a) 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.;** **b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;** **c) 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;** **d) 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 □ NO □	
2 È attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Da quando? …….. Per quale motivo? ……
3 È sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …….. Da quando? …… Trattamento e posologia…… ……
4 È colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI □ NO □	Di quale natura? …….. Da quando? ……

5 È titolare di una pensione per malattia o infortunio? È titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI □ NO □ SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Percentuale(i)? ……..% Da quando? …… (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Da quando? ……
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Quando? …… Per quanto tempo? ……
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato **positivo** per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI □ NO □	Quale(i)? …… Quando? …… Risultato? Negativo □ Positivo □
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?
• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI □ NO □	…… …… ……
• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI □ NO □	…… …… ……
• Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI □ NO □	…… …… ……
• Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI □ NO □	…… …… ……
• Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari	SI □ NO □	…… …… ……
• Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI □ NO □	…… …… ……
• Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI □ NO □	…… …… ……
• Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI □ NO □	…… …… ……
• Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI □ NO □	…… …… ……
• Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI □ NO □	…… …… ……
• Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura (**ferma l'esenzione dalla dichiarazione prevista alle Avvertenze sulla compilazione lettera d**)	SI □ NO □	…… …… ……
• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra ……	SI □ NO □	…… …… …… …… …… ……
10 Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo **diverso** 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 □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Quando? …… Per quanto tempo? ……
11 Nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà: - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale? - essere ricoverato? - subire un intervento chirurgico? - seguire un trattamento medico?	 SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □	 …… …… …… …… …… …… …… ……
12 È mai risultato positivo al Covid19?	SI □ NO □	…… …… …… …… …… …… …… ……
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? b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?	 SI □ NO □ SI □ NO □	 …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

QUADRO RISERVATO ALL'ASSICURATO	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA (da compilare se il Medico ha partecipato alla compilazione del Questionario)	
Nome: _____ Cognome: _____	Nome: _____ Cognome: _____	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Luogo: Data: __ / __ / ____ Letto ed approvato, _____ (L'Assicurato, firma per esteso e leggibile)	Luogo: Data: __ / __ / ____	Letto ed approvato, _____ (Il Medico, firma per esteso e leggibile)