Protezione BUSINESS

Polizza Collettiva

POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA CON GARANZIE "TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE", E "INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA".

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP VITA
- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- IL FAC-SIMILE DEL MODULO DI ADESIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ADERENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 09/2023

"PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplice e Chiari".

Mod. NL/NET/0113/01 - Ed. 09/2023

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. **PROTEZIONE BUSINESS**

Ed. 09/2023
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?

PROTEZIONE BUSINESS è Contratto assicurativo stipulato da BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA SPA (Contraente) al quale possono aderire, in qualità di Aderenti, i clienti della Contraente - persone giuridiche (genericamente Imprese) - che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento/mutuo con la stessa. L'adesione a PROTEZIONE BUSINESS, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire la persona assicurata - soggetto che ricopre all'interno dell'Impresa Aderente un ruolo fondamentale e che risulta difficilmente sostituibile (key man) - compromettendo la capacità dell'Impresa aderente di far fronte alla restituzione delle rate del finanziamento/mutuo.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce al Beneficiario, l'Aderente delle Polizze Collettive, il pagamento del Capitale Assicurato.
Il valore del Capitale Assicurato sarà pari all'importo totale del finanziamento/mutuo, nel caso di finanziamenti/mutui di nuova erogazione, o all'importo del Debito Residuo, nel caso di finanziamenti/mutui già erogati, ovvero all' importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi, con un limite massimo di euro 1.000.000 per ciascun Assicurato e per sinistro.

L'Impresa Aderente ha la facoltà di designare per la medesima copertura più Assicurati, fino ad un massimo di 4 soggetti, purché- ricoprano all'interno dell'Impresa un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (key man).

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ il soggetto che non ricopra all'interno dell'Impresa Aderente un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (key man);
- ✗ il soggetto che non abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione

Inoltre:

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

Ci sono limiti di copertura?

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

- ! dolo del Beneficiario dell'Assicurato;
- ! 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.;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero.

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

All'inizio del contratto: alla sottoscrizione del Modulo 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.
Nel caso in cui l'Assicurato si ritrovi a non ricoprire più all'interno dell'Impresa Aderente il ruolo di key man, l'Impresa Aderente lo comunica a NET INSURANCE LIFE S.p.A. allegando i seguenti documenti:

- una copia del Modulo di Adesione originariamente sottoscritta dall'Impresa Aderente;
- documentazione comprovante la perdita del ruolo di key man originariamente ricoperto dall'Assicurato presso l'Impresa Aderente (quali, a titolo esemplificativo: stralcio della delibera dell'organo amministrativo, lettera di dimissioni, pensionamento ecc.).

In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro: l'Impresa Aderente/Assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri, nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, inviando il modulo di denuncia sinistri oppure una richiesta con: dati del Beneficiario con documento di identità e codice fiscale, indicazione delle coordinate bancarie, certificato di morte, relazione del medico curante circa le cause del decesso, copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria, copia di eventuali cartelle cliniche. In caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio, inviare: copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche e/o verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso.

Quando e come devo pagare?

L'impresa Aderente, o per suo conto la Contraente, deve corrispondere un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del finanziamento/mutuo.
Il pagamento del Premio, sia Unico in via anticipata che Annuale, avviene – al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione - su autorizzazione dell'Impresa Aderente sempre tramite addebito diretto sul conto corrente dell'Impresa Aderente stessa e, per il tramite della Contraente, corrispondente accredito sul conto corrente di NET INSURANCE LIFE S.p.A. per la quota parte relativa alla garanzia Decesso.
In caso di Finanziamento/Mutuo di nuova erogazione, il premio può anche essere finanziato, su esplicita richiesta dell'Impresa Aderente. L'importo del premio, in tale caso, viene aggiunto all'importo di Finanziamento/mutuo e viene prelevato totalmente dal Finanziamento/Mutuo erogato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie oggetto della presente Contratto assicurativo iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione.
L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del Finanziamento, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nel Modulo di Adesione, per i Finanziamenti già erogati;
- La durata delle coperture assicurative è pari:
- alla durata del Finanziamento, in caso di Finanziamento di nuova erogazione,

oppure

- alla durata residua del Finanziamento, 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 240 mesi, incluso il periodo di pre-ammortamento.

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

La richiesta di adesione è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza.
L'Impresa Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni).
Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie, anche per il tramite della Contraente, rimborsano il Premio all'Impresa Aderente. L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto:

- in caso di Premio annuale, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale;
- annualmente dalle coperture danni, in caso di Premio unico anticipato, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte);
- in caso di Premio unico anticipato con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

Assicurazione Danni

Prodotto assicurato abbinato facoltativamente a Finanziamento

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Net Insurance S.p.A. **Prodotto: PROTEZIONE BUSINESS**

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

Che tipo di assicurazione è?

PROTEZIONE BUSINESS è un Contratto assicurativo stipulato da BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA SPA (Contraente) al quale possono aderire, in qualità di Aderenti, i clienti della Contraente - persone giuridiche (genericamente Imprese) - che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento/mutuo con la stessa. L'adesione a PROTEZIONE BUSINESS, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire la persona assicurata - soggetto che ricopre all'interno dell'Impresa Aderente un ruolo fondamentale e che risulta difficilmente sostituibile (key man) - compromettendo la capacità dell'Impresa aderente di far fronte alla restituzione delle rate del finanziamento/mutuo.

Che cosa è assicurato?

✓ **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, NET INSURANCE S.p.A. garantisce al Beneficiario, l'Aderente delle Polizze Collettive, il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato con un limite massimo. di euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per Sinistro.

L'Impresa Aderente ha la facoltà di designare per la medesima copertura più Assicurati, fino ad un massimo di 4 soggetti, purché- ricoprano all'interno dell'Impresa un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (key man).

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

× il soggetto che non ricopra all'interno dell'Impresa Aderente un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (key man);

× il soggetto che non abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione

Inoltre:

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

Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni per le garanzie invalidità totale e permanente:

! 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);

! 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.;

! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;

! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;

! dolo dell'Assicurato

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

All'inizio del contratto: alla sottoscrizione del Modulo 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.
Nel caso in cui l'Assicurato si ritrovi a non ricoprire più all'interno dell'Impresa Aderente il ruolo di key man, l'Impresa Aderente lo comunica alla Compagnia allegando i seguenti documenti:

- una copia del Modulo di Adesione originariamente sottoscritta dall'Impresa Aderente;
- documentazione comprovante la perdita del ruolo di key man originariamente ricoperto dall'Assicurato presso l'Impresa Aderente (quali, a titolo esemplificativo: stralcio della delibera dell'organo amministrativo, lettera di dimissioni, pensionamento ecc.).

– ***In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro:*** l'Impresa Aderente/Assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri, nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, inviando il modulo di denuncia sinistri oppure una richiesta con: dati del Beneficiario con documento di identità e codice fiscale, indicazione delle coordinate bancarie, dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante, copia della cartella clinica in caso di 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.

Quando e come devo pagare?

L'impresa Aderente, o per suo conto la Contraente, deve corrispondere un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del finanziamento/mutuo.
Il pagamento del Premio, sia Unico in via anticipata che Annuale, avviene – al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione - su autorizzazione dell'Impresa Aderente sempre tramite addebito diretto sul conto corrente dell'Impresa Aderente stessa e , per il tramite della Contraente, corrispondente accredito sul conto corrente di NET INSURANCE S.p.A. per la quota parte relativa alla garanzia Invalidità Totale Permanente (da Infortunio/Malattia). In caso di Finanziamento/Mutuo di nuova erogazione, il premio può anche essere finanziato, su esplicita richiesta dell'Impresa Aderente. L'importo del premio, in tale caso, viene aggiunto all'importo di Finanziamento/mutuo e viene prelevato totalmente dal Finanziamento/Mutuo erogato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie oggetto del presente Contratto assicurativo iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione.
L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del Finanziamento, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nel Modulo di Adesione, per i Finanziamenti già erogati;

La durata delle coperture assicurative è pari:

- alla durata del Finanziamento, in caso di Finanziamento di nuova erogazione,

oppure

- alla durata residua del Finanziamento, 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 240 mesi, incluso il periodo di pre-ammortamento.

Come posso disdire la polizza?

La richiesta di adesione è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza.
L'Impresa Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni).
Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie, anche per il tramite della Contraente, rimborsano il Premio all'Impresa Aderente. L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto:

- in caso di Premio annuale, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale;
- annualmente dalle coperture danni, in caso di Premio unico anticipato, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte);

– in caso di Premio unico anticipato con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

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.

PROTEZIONE BUSINESS

Ed. 09/2023

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Impresa Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso)
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 893261 – Fax 06 89326800; Sito internet: www.netinsurance.it; E-mail: info@netinsurancelife.it; PEC: netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con Provv. IVASS n. 2591 del 14/02/2008 e nel Ramo Vita IV con Provv. IVASS n. 223416 del 16/11/2020. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.000164.
Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 33,4 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 15 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 18,4 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 18,9 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 4,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 33,2 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 175,38%. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2022 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: http://www.netinsurance.it

RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego)
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; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n.2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136.
Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 93,7 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 76,1 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 45,7 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 16,8 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 91,8 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 201,07%. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2022 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: http://www.netinsurance.it

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ramo Vita

- **In caso di Decesso** dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce al Beneficiario, l'Aderente delle Polizze Collettive, il pagamento del Capitale Assicurato.
  Il valore del Capitale Assicurato sarà pari all'importo totale del finanziamento/mutuo, nel caso di finanziamenti/mutui di nuova erogazione, o all'importo del Debito Residuo, nel caso di finanziamenti/mutui

già erogati, ovvero all' importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi, con un limite massimo di euro 1.000.000 per ciascun Assicurato e per sinistro.

Ramo Danni

- **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, NET INSURANCE S.p.A. garantisce al Beneficiario, l'Aderente delle Polizze Collettive, il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato con un limite massimo. di euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per Sinistro.

Il valore del Capitale Assicurato sarà pari all'importo totale del finanziamento/mutuo (per i finanziamenti/mutui di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (per i finanziamenti/mutui già erogati) ovvero al differente importo inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.
Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, il Capitale Assicurato per ciascuno di essi– per un massimo di quattro soggetti - non potrà essere superiore all'importo totale del finanziamento/mutuo (per i finanziamenti/mutui di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (per i finanziamenti/mutui già erogati) ovvero al differente importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.

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

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e/o nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

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

- dolo del Beneficiario e dell'Assicurato;
- 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.;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- 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, eccetera).

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 4,000m e/o oltre il III grado della scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o 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

In questi casi, a parziale deroga di quanto stabilito, *NET INSURANCE LIFE S.p.A. corrisponderà quanto viene accantonato di anno in anno per far fronte al rischio Decesso e il Contratto si risolve anticipatamente.*

Rami Danni

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

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

Per la garanzia Decesso

In caso di Decesso, L'Impresa Aderente può compilare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata), e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a:

NET INSURANCE LIFE S.p.A.

c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

oppure utilizzando:
e-mail**:** **sinistri-kereis@kereisitalia.com**
o in alternativa i numeri di **telefono 02 / 6882691** o di **fax 02 / 688 269 40**

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente

In caso di Sinistro, l'Impresa Aderente, non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento dell'evento assicurato, deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata) mediante lettera raccomandata A/R a:

NET INSURANCE S.p.A.

c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

oppure utilizzando:
e-mail**:** **sinistri-kereis@kereisitalia.com**
o in alternativa i numeri di **telefono 02 / 6882691** o di **fax 02 / 688 269 40**

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

Per la garanzia Decesso

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di finanziamento/mutuo) 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 del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza

	legale; - 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; Nei casi di richieste di liquidazione effettuate senza l'intervento dell'Intermediario e/o per particolari casistiche, NET INSURANCE LIFE S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere l'autentica della firma del richiedente. NET INSURANCE LIFE S.p.A esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore del Beneficiario entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra e dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore del Beneficiario sono dovuti gli interessi legali. Inoltre, il Beneficiario deve: - fornire ogni ulteriore documentazione che NET INSURANCE LIFE S.p.A. ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del Sinistro; - consentire a NET INSURANCE LIFE S.p.A. di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie. **<u>Per la garanzia Invalidità Totale Permanente</u>** - modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di finanziamento/mutuo) 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 del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale; - 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. -
	Prescrizione garanzia VITA (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.): 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. 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.
	Prescrizione garanzie DANNI (prestata da NET INSURANCE S.p.A.): 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
	Liquidazione della prestazione: l'Impresa Assicuratrice liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti il comportamento dell'Assicurato relativamente a fatti o circostanze tali da comportare un aggravamento del rischio.

Quando e come devo pagare?

Premio	L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Impresa Aderente o per suo conto dalla Contraente di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o di un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del finanziamento/mutuo. Il pagamento del Premio, sia Unico in via anticipata che Annuale, avviene -al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione - su autorizzazione dell'Impresa Aderente sempre tramite addebito diretto sul conto corrente dell'Impresa Aderente stessa e, per il tramite della Contraente, corrispondente accredito sul conto corrente di. NET INSURANCE LIFE S.p.A. per la quota parte relativa alla garanzia Decesso e NET INSURANCE S.p.A. per la quota parte relativa alla garanzia Invalidità Totale Permanente (da Infortunio/Malattia. In caso di Finanziamento/Mutuo di nuova erogazione, il premio può anche essere finanziato, su esplicita richiesta dell'Impresa Aderente. L'importo del premio, in tale caso, viene aggiunto all'importo di Finanziamento/mutuo e viene prelevato totalmente dal Finanziamento/Mutuo erogato. Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del finanziamento/mutuo richiesto, ovvero dell'importo residuo del debito in linea capitale del finanziamento/mutuo, in caso di finanziamenti/mutui già erogati, e in base alla durata del Contratto di finanziamento/mutuo (espressa in mesi). Il Premio, non frazionabile, viene versato dall'Impresa Aderente al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze Collettive abbinata al Contratto di finanziamento/mutuo. - In caso di Premio annuale, se trascorso un anno dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, e alla scadenza di ciascuna annualità, l'Impresa Aderente, o per suo conto la Contraente, non paga il Premio dell'annualità successiva, la medesima copertura resta sospesa dalle ore 24 del 60° (sessantesimo) giorno successivo al termine dell'annualità e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei Premi scaduti. In ogni caso non sarà riconosciuta alcuna prestazione per i Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione.
Rimborso	L'Impresa/Aderente ha diritto al rimborso del premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recede dal contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza. Nel caso di estinzione anticipata del finanziamento/mutuo, salvo il caso in cui l'Aderente non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria, le Imprese restituiranno la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria in caso di estinzione totale o alla proporzionale riduzione del rischio in caso di estinzione parziale. Nel caso della cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli assicurati non sarà pregiudicata la prosecuzione delle coperture a favore degli altri Assicurati. Le Compagnie, con riferimento all'Assicurato non più in copertura, provvederanno alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. La parte di Premio rimborsata sarà 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, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.
Sconti	Non sono previsti sconti di premio applicabili al presente contratto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Le garanzie oggetto del presente Contratto di Assicurazione iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione. L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con: - la data di erogazione del finanziamento/mutuo, per i finanziamenti/mutui di nuova erogazione; - la data di firma presente nel Modulo di Adesione, per i finanziamenti/mutui già erogati; a condizione che: - siano stati compilati, datati e sottoscritti il Modulo di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia; - sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta; - ci sia stata l'accettazione da parte delle Compagnie; - sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale.

	Successivamente verrà inviato, all'Impresa Aderente, il Certificato di Assicurazione. La durata delle coperture assicurative è pari: - alla durata del finanziamento/mutuo, in caso di finanziamento/mutuo di nuova erogazione, oppure - alla durata residua del Finanziamento, in caso di finanziamento/mutuo già erogato. PROTEZIONE BUSINESS è un Contratto di Assicurazione con coperture assicurative prestate per una durata variabile tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 240 mesi (incluso il periodo di pre-ammortamento). In caso di finanziamento/mutuo già erogato, la durata residua all'atto dell'Adesione non potrà essere inferiore a 48 mesi. Tutte le garanzie cessando al verificarsi di uno, in ordine cronologico dei seguenti eventi: - Decesso dell'Assicurato: nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento/mutuo e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanziamento/mutuo stesso; - Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato: nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento/mutuo e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del finanzia-mento/mutuo stesso; - scadenza dell'Adesione; - scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte del Cliente per Adesioni con durata annuale; - raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato; - perdita da parte dell'Assicurato inizialmente designato nel Modulo di Adesione di uno dei requisiti previsti dal Contratto di assicurazione; - esercizio del diritto di recesso; - anticipata estinzione totale del finanziamento/mutuo da parte del Cliente (nel caso in cui l'Impresa Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione); - surrogazione del finanziamento/mutuo (nel caso in cui l'Impresa Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).
Sospensione	In caso di Premio annuale e se trascorso un anno dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, e alla scadenza di ciascuna annualità, l'Impresa Aderente, o per suo conto la Contraente, non paga il Premio dell'annualità successiva, la medesima copertura resta sospesa dalle ore 24 del 60° (sessantesimo) giorno successivo al termine dell'annualità e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa Assicuratrice al pagamento dei Premi scaduti.

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

Revoca	Il Modulo di Adesione è revocabile dall'Impresa/Aderente sino alla Data di decorrenza.
Recesso	L'Impresa Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni). Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie, anche per il tramite della Contraente, rimborsano il Premio all'Impresa Aderente. Il recesso deve essere comunicato per iscritto alle Compagnie, , mediante lettera raccomandata A/R contenente gli estremi identificativi del Contratto stesso, inviata a: **NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.** **c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano** 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.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.

A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato alle Imprese - clienti della banca - che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento/mutuo con la stessa e che intendano designare come assicurati dei soggetti che ricoprono all'interno

dell'Impresa un ruolo fondamentale e che risultano difficilmente sostituibile (key man) e che hanno un'età compresa tra 18 e i 70 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	63,00%
Garanzie Danni	63,00%

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

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

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

del costo stesso.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	Il presente contratto non prevede valori di riscatto e di riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	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 la Copertura Invalidità Totale Permanente:** 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.
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	Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. 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.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA ASSICURATRICE HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA ASSICURATRICE HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E/O IL QUESTIONARIO MEDICO ANAMNESTICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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 – *PROTEZIONE BUSINESS*

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa

Sommario

GLOSSARIO **2**

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE **4**

PRODOTTO ASSICURATIVO COLLETTIVO AD ADESIONE FACOLTATIVA - PROTEZIONE BUSINESS **4**

ART. 1 GARANZIE PRESTATE 4
ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE 4
ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITA' DI AMMISSIONE 4
ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO 5
ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 5
ART. 6 DESIGNAZIONE DELL'ASSICURATO 5
ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 6
ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA 7
ART. 9 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI 7
ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO 7
ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO 8
ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO 9
ART. 13 OBBLIGHI DELL'IMPRESA ADERENTE IN CASO DI SINISTRO 10
ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI 11
ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI 11
ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI 11
ART. 17 COMUNICAZIONI 11
ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA ADERENTE 11
ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA 11
ART. 20 LEGGE APPLICABILE 11
ART. 21 FORO COMPETENTE 11
ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA 11
ART. 23 RECLAMI 11
ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI 12
ART. 25 CONTROVERSIE 12
ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE 12
ART. 27 SANZIONI 12
ART. 28 MODIFICHE AL MODULO DI ADESIONE 12

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO **12**

ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO 12
ART. 30 PRESTAZIONE ASSICURATA 12
ART. 31 ESCLUSIONI 13
ART. 32 RISCATTO E PRESTITI 14
ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 14

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA **14**

ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA 14
ART. 35 ESCLUSIONI 14
ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 15

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI **1**

MODULO DI ADESIONE **1**

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO **1**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO **1**

CONTATTI UTILI **1**

GLOSSARIO

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

Definizioni

Adesione
Applicazione derivante dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze Collettive (o Contratto) da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato.

Assicurato
Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti designata dall'Impresa Aderente che, in possesso dei requisiti di assicurabilità, ha prestato il consenso all'adesione alle Polizze Collettive ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Banca
Coincide con la Contraente del presente Prodotto assicurativo collettivo.

Beneficiario
Beneficiario è l'Impresa Aderente.

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

Compagnie/Imprese 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,): NET INSURANCE S.p.A. Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 Roma.

Contraente
Banca/Istituto di Credito presso il quale è stato richiesto il Finanziamento/Mutuo/Mutuo e che ha stipulato la Convenzione Assicurativa con le Compagnie.

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/Mutuo/Mutuo
Il Contratto di Finanziamento/Mutuo/Mutuo è il Contratto con il quale la Banca/Istituto di Credito concede al Cliente un finanziamento/mutuo, rientrante nell'ambito dei **mutui ipotecari o chirografari** e dei **prestiti personali** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dal Cliente secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata tra un minimo di 6 mesi ed un massimo di 240 mesi ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa.

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/Mutui di nuova erogazione, a condizione che il Finanziamento/Mutuo concesso dalla Contraente sia stato effettivamente erogato, la Data di Decorrenza coincide con la data di erogazione del Finanziamento/Mutuo. Nel caso in cui la data di firma presente sul Modulo di Adesione non coincida con la data di erogazione del Finanziamento/Mutuo, 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/Mutui già erogati (stock), la Data di Decorrenza coincide con la data di firma presente nel Modulo di Adesione.

Decesso
Il decesso è la morte dell'Assicurato.

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

Durata della Copertura Assicurativa
Intervallo di tempo compreso tra la Data di Decorrenza dell'Adesione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità il presente Contratto.

Estero
Situato oltre i confini dello Stato italiano.

Impresa Aderente
Persona Giuridica che ha stipulato il Contratto di Finanziamento/Mutuo con la Contraente, che ha aderito facoltativamente alle Polizze Collettive pagandone il relativo Premio e sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

Indennizzo
La somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle Coperture Assicurative di cui al presente prodotto assicurativo collettivo, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio
L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce il Decesso dell'Assicurato ovvero lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l'Invalidità Totale Permanente. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli

avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinati da sforzi, con esclusione delle rotture sottocutanee dei tendini, di ogni tipo di infarto, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Totale Permanente

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della sua integrità psicofisica. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta 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.

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.

Key Man

L'uomo chiave, una figura che ricopre un ruolo fondamentale nell'azienda e che difficilmente è sostituibile.

Malattia

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

Malattie pregresse

Malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate.

la causa scatenante.

Modulo di Adesione

La dichiarazione sottoscritta dall'Impresa Aderente e dall'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento/Mutuo stipulato con la Contraente, mediante il quale l'Impresa Aderente e l'Assicurato aderiscono alle Polizze Collettive e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Parti

Le Compagnie Assicurative e la Contraente.

Polizze Collettive (o Contratto)

Contratto assicurativo in forma collettiva ad adesione facoltativa, sottoscritto tra NET INSURANCE S.p.A., NET INSURANCE LIFE S.p.A. e la Banca Contraente nell'interesse di più Imprese Aderenti che vogliono proteggersi contro i rischi dedotti nelle Polizze Collettive medesime.

Pre-ammortamento

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

Premio

Importo, comprensivo di imposte, che l'Impresa Aderente deve corrispondere alla sottoscrizione del Modulo di Adesione per le Coperture Assicurative prestate.

Questionario Medico Semplificato/
Questionario Anamnestico

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

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
PRODOTTO ASSICURATIVO COLLETTIVO AD ADESIONE FACOLTATIVA - PROTEZIONE BUSINESS

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

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto comprende le seguenti garanzie:

- Decesso, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente, prestata da NET INSURANCE S.p.A..

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

Coperture assicurative		**Persone Assicurabili**
Decesso (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.)	**Invalidità Totale e Permanente** (prestata da NET INSURANCE S.p.A.)	
Si	*Si*	Tutte le figure che ricoprono un ruolo fondamentale nell'azienda e che risultano difficilmente sostituibili.

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie di Assicurazione in base alle dichiarazioni dell'Impresa Aderente e degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma la garanzia Invalidità Totale Permanente deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Compagnie risultano esclusivamente dalle Polizze Collettive, dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie stesse.
Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITA' DI AMMISSIONE

Per poter validamente aderire alle Polizze Collettive è necessario che:

a) l'Impresa Aderente abbia stipulato un Contratto di Finanziamento/Mutuo con la Contraente di durata compresa tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 240 mesi. Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'art. 4 ("Limiti di Indennizzo") che segue;
b) l'Assicurato ricopra all'interno dell'Impresa Aderente un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (key man);
c) l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata ai 75 anni non compiuti;
d) l'Impresa Aderente abbia pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale.

In aggiunta ai requisiti di cui sopra, si precisa che, per poter validamente attivare le coperture, è necessario che ciascun Assicurato designato dall'Impresa Aderente:
a) abbia aderito alle Polizze Collettive, sottoscrivendo il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico, da solo o con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;
b) abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
c) abbia prestato il consenso all'adesione alle Polizze Collettive ai sensi dell'art. 1919 c.c..

L'Impresa Aderente manifesta l'interesse ad aderire alle Polizze Collettive mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.
Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo art. 3.1 ("Limiti assuntivi").

3.1 Norme assuntive

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con il Modulo di Adesione, che dovrà essere completata in ogni parte, datata e firmata dall'Impresa Aderente e dall'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:

- **Qualora – al momento dell'adesione - l'Assicurato abbia un'età inferiore a 60 anni compiuti, per capitali fino a Euro 200.000,00, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sul Modulo di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario, dovrà essere trasmesso alle Compagnie anche lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso;**
- **Qualora – al momento dell'adesione - l'Assicurato abbia un'età superiore o pari a 60 anni compiuti, per capitali fino a Euro 200.000,00, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Anamnestico. In caso di almeno una risposta positiva, il questionario dovrà essere inoltrato alle Compagnie e l'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso. In caso di tutte risposte negative nel Questionario Anamnestico, l'Adesione potrà essere perfezionata senza consenso delle Compagnie;**
- **Indipendentemente dall'età dell'Assicurato al momento dell'adesione, per capitali compresi tra Euro 200.000,01 ed Euro 299.999,99, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Anamnestico. In caso di almeno una risposta positiva, il questionario dovrà essere inoltrato alle Compagnie e l'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso. In caso di tutte risposte negative nel Questionario Anamnestico, l'Adesione potrà essere perfezionata senza consenso delle Compagnie;**
- **Indipendentemente dall'età dell'Assicurato al momento dell'adesione, per capitali compresi tra Euro 300.000,00 ed Euro 399.999,99, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Anamnestico. In qualsiasi caso, il questionario dovrà essere inoltrato alle Compagnie e l'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso.**
- **Indipendentemente dall'età dell'Assicurato al momento dell'adesione, per capitali da Euro 400.000,00, oltre allo specifico Questionario Anamnestico di cui sopra, dovrà essere trasmessa alle Compagnie tutta la seguente documentazione sanitaria:**
  - **Analisi del sangue: esame emocromocitometrico - piastrine - Velocità di eritro sedimentazione – Glicemia – creatinina – uricemia - colesterolo totale - HDL (Lipoproteine ad alta densità) - LDL (Lipoproteine a bassa densità) – trigliceride - transaminasi GOT/GPT - Gammaglutammiltransferasi - anticorpi anti HIV 1 e 2 - sierologia epatite virale B (antigeni HB – anti-HBs – anti HBc) - sierologia epatite virale C (anti VHC);**
  - **Esame cardiovascolare con resoconto medico;**
  - **Elettrocardiogramma;**
  - **Analisi del PSA (semenogelasi/antigene prostatico specifico) esclusivamente per gli uomini la cui età all'Adesione supera i 50 anni;**
  - **Relazione medica.**

Di volta in volta, le Compagnie si riservano di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

Le Compagnie, inoltre, nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal Questionario Anamnestico emergano patologie di rilievo, si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo massimo non potrà superare, in caso di Decesso (garanzia prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.) o Invalidità Totale Permanente (garanzia prestata da prestata da NET INSURANCE S.p.A.) Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per singolo Sinistro.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Impresa Aderente e dell'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 artt. 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 alle Polizze Collettive, devono corrispondere a verità ed esattezza.

ART. 6 DESIGNAZIONE DELL'ASSICURATO

L'Impresa Aderente ha la facoltà di designare contestualmente più Assicurati per la medesima copertura, nel qual caso troveranno applicazione le seguenti condizioni:

- potranno essere assicurati fino ad un massimo di 4 soggetti;
- per ciascun Assicurato, designato dall'Impresa Aderente, il capitale assicurato:
  a) per i Finanziamenti di nuova erogazione, sarà pari: all'importo totale del Finanziamento oppure ad un importo inferiore
  b) per Finanziamenti già erogati, sarà pario all'importo del Debito Residuo oppure ad un importo inferiore;

Resta inteso che a ciascun Assicurato deve essere attribuito il medesimo capitale assicurato.

La mancata accettazione da parte delle Compagnie della richiesta di adesione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudica l'efficacia del Contratto per i rimanenti Assicurati, a condizione che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

Nel caso in cui l'Assicurato si ritrovi a non ricoprire più all'interno dell'Impresa Aderente il ruolo di key man, come indicato dall'art. 3 punto b) delle Condizioni di Assicurazione, la copertura assicurativa relativa allo stesso si estingue ai sensi di quanto previsto dal successivo art. 7 punto 6. La perdita del ruolo in capo all'Assicurato è comunicata dall'Impresa Aderente alle Compagnie, per il tramite della Contraente, al seguente indirizzo:

NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

allegando i seguenti documenti:

- una copia del Modulo di Adesione originariamente sottoscritta dall'Impresa Aderente;
- documentazione comprovante la perdita del ruolo di key man originariamente ricoperto dall'Assicurato presso l'Impresa Aderente (quali, a titolo esemplificativo: stralcio della delibera dell'organo amministrativo, lettera di dimissioni, pensionamento ecc.).

In tal caso, fermo il diritto dell'Impresa Aderente alla restituzione del rateo di premio non goduto ai sensi di quanto previsto dall'art. 7, è nella facoltà dell'Impresa Aderente stessa far intervenire un nuovo Assicurato, dietro corresponsione di un nuovo Premio e secondo i criteri previsti dalla procedura di adesione di cui al precedente art. 3.

ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

PROTEZIONE BUSINESS è un Contratto di assicurazione con coperture assicurative prestate per una durata variabile tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 240 mesi (incluso il periodo di pre-ammortamento).
La durata delle coperture assicurative è pari:

- alla durata del Finanziamento/Mutuo, in caso di Finanziamento/Mutuo di nuova erogazione,

oppure

- alla durata residua del Finanziamento/Mutuo, in caso di Finanziamento/Mutuo già erogato.

In caso di Finanziamento/Mutuo già erogato, la durata residua all'atto dell'Adesione non potrà essere inferiore a 48 mesi.
Le garanzie oggetto del presente Contratto di assicurazione iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione.
L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del Finanziamento/Mutuo, per i Finanziamenti/Mutui di nuova erogazione;
- la data di firma presente nel Modulo di Adesione, per i Finanziamenti/Mutui già erogati;

a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti il Modulo di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia;
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
- ci sia stata l'accettazione da parte delle Compagnie;
- sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale rispettivamente a NET INSURANCE LIFE S.p.A. per la sua quota parte relativa alla garanzia Decesso e NET INSURANCE S.p.A. per la sua quota parte relativa alla garanzia Invalidità Totale Permanente (da Infortunio/Malattia.

Successivamente verrà inviato, all'Impresa Aderente, il Certificato di Assicurazione.
Tutte le garanzie cessando al verificarsi di uno, in ordine cronologico dei seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato: nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato, da parte di NET INSURANCE LIFE S.p.A., l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento/Mutuo e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento/Mutuo stesso;
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato: nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato, da parte di NET INSURANCE S.p.A., l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento/Mutuo e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanzia-mento stesso;
3. scadenza dell'Adesione;
4. scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte del Cliente per Adesioni con durata annuale;
5. raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
6. perdita da parte dell'Assicurato inizialmente designato nel Modulo di Adesione di uno dei requisiti di cui all'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
7. esercizio del diritto di recesso;
8. anticipata estinzione totale del Finanziamento/Mutuo da parte del Cliente (nel caso in cui l'Impresa Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione);
9. surrogazione del Finanziamento/Mutuo ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Impresa Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

In caso di più Assicurati, la cessazione delle garanzie nei confronti di uno di essi non pregiudicherà la prosecuzione delle coperture a favore degli altri Assicurati. Le Compagnie, con riferimento all'Assicurato non più in copertura, provvederanno alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
La parte di Premio rimborsata sarà pari alla somma:

a. del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del Capitale Assicurato residuo;
b. dei costi, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA

La richiesta di adesione è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza.

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

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

L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto:

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

La revoca, il recesso e la disdetta devono essere comunicate per iscritto alle Compagnie, , mediante lettera raccomandata A/R contenente gli estremi identificativi del Contratto stesso, inviata a:

NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

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

ART. 9 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Impresa Aderente. Nel caso di anticipata estinzione o surroga del Contratto di Finanziamento/Mutuo, laddove sia stato richiesto alle Compagnie il mantenimento della Copertura Assicurativa, Beneficiario delle prestazioni resta l'Impresa Aderente. L'Impresa Aderente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione.
La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alle Compagnie,

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Impresa Aderente o per suo conto dalla Contraente di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o di un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Finanziamento/Mutuo.
Il pagamento del Premio, sia Unico in via anticipata che Annuale, avviene - al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione - su autorizzazione dell'Impresa Aderente tramite addebito sul conto corrente dell'Impresa Aderente stessa e , per il tramite della Contraente, corrispondente accredito sul conto corrente di NET INSURANCE LIFE S.p.A. per la quota parte relativa alla garanzia Decesso e NET INSURANCE S.p.A. per la quota parte relativa alla garanzia Invalidità Totale Permanente (da Infortunio/Malattia).
In caso di Finanziamento/Mutuo di nuova erogazione, il premio può anche essere finanziato, su esplicita richiesta dell'Impresa Aderente. L'importo del premio, in tale caso, viene aggiunto all'importo di Finanziamento/mutuo e viene prelevato totalmente dal Finanziamento/Mutuo erogato.
Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento/Mutuo richiesto, ovvero dell'importo residuo del debito in linea capitale del Finanziamento/Mutuo, in caso di Finanziamenti/Mutui già erogati, e in base alla durata del Contratto di Finanziamento/Mutuo (espressa in mesi).
Il Premio, non frazionabile, viene versato dall'Impresa Aderente al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze Collettive abbinate al Contratto di Finanziamento/Mutuo.
In caso di Premio annuale, se trascorso un anno dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, e alla scadenza di ciascuna annualità, l'Impresa Aderente, o per suo conto la Contraente, non paga il Premio dell'annualità successiva, la medesima copertura resta sospesa dalle ore 24 del 60° (sessantesimo) giorno successivo al termine dell'annualità e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei Premi scaduti. In ogni caso non sarà riconosciuta alcuna prestazione per i Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione.

ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento/Mutuo non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Decesso o per la garanzia Invalidità Totale Permanente, ovvero nel caso di surroga del Finanziamento/Mutuo, la Copertura Assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga del Contratto di Finanziamento/Mutuo.

La Contraente dovrà inviare alle Compagnie comunicazione dell'anticipata estinzione/surroga del Contratto di Finanziamento/Mutuo oltre alla modalità di rimborso gradita dall'Impresa Aderente.

Le Compagnie, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, restituiranno all'Impresa Aderente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, la quale verrà calcolata secondo la formula di seguito riportata:

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

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/mutuo

Da sommarsi alla parte di Premio non goduto inerente la Copertura danni (Invalidità Permanente Totale), 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/mutuo

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/Mutuo, il rateo di Premio da rimborsare sarà calcolato come sopra indicato e rimodulato in proporzione al capitale rimborsato rispetto al Debito Residuo. Nei casi in cui l'estinzione parziale comporti variazioni di parametri fondamentali della tariffa, come ad esempio la durata, quindi di fatto in presenza di una rinegoziazione del Finanziamento/Mutuo, 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 un nuovo iter assuntivo e valutazione sanitaria per l'Assicurato. Tuttavia, qualora originariamente l'Assicurato abbia aderito alle Polizze Collettive stipulate con le Compagnie, non si procederà né con un nuovo iter assuntivo né con una nuova valutazione sanitaria. Parimenti, non si procederà con l'applicazione di alcuna carenza prevista – fatto salvo l'eventuale periodo residuo – se non per le maggiori somme.

In alternativa, l'Impresa Aderente - su specifica richiesta, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria compilando il Modulo di mantenimento in copertura disponibile presso la Banca oppure scrivendo alle Compagnie di Assicurazione.

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

di Adesione con Premio Unico anticipato.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Impresa Aderente direttamente alle Compagnie a mezzo lettera raccomandata A/R o per il tramite della Contraente ai seguenti indirizzi:

- per la ***Copertura Vita*** (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;
- per le ***Coperture Danni*** (Invalidità Totale Permanente): NET INSURANCE S.p.A c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;

Per la Copertura Caso Decesso, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A., la prestazione sarà erogata ai Beneficiari designati nel Modulo di Adesione.
Per la Copertura danni (Invalidità Totale Permanente), prestata da NET INSURANCE S.p.A., Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati mediante apposita comunicazione o tramite compilazione dell'apposito Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento/Mutuo). 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 Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;
- per le ***Coperture Danni*** (Invalidità Totale Permanente): NET INSURANCE S.p.A. c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano.

oppure utilizzando:
e-mail**:** sinistri-kereis@kereisitalia.com
o in alternativa i numeri di **telefono 02 / 6882691** o di **fax 02 / 688 269 40**

Per informazioni relative ai Sinistri della Garanzia Decesso, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A., gli aventi causa potranno rivolgersi a:

NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano
mail: sinistri-kereis@kereisitalia.com
tel. 02 / 6882691
fax 02 / 688 269 40

Per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente), prestata da NET INSURANCE S.p.A., l'Assicurato potrà rivolgersi al seguente numero telefonico:

NET INSURANCE S.p.A.
c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano
mail: sinistri-kereis@kereisitalia.com
tel. 02 / 6882691
fax 02 / 688 269 40

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati 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/Mutuo. 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 il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.
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 di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento/Mutuo) 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 del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- 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;

Nei casi di richieste di liquidazione effettuate senza l'intervento dell'Intermediario e/o per particolari casistiche, NET INSURANCE LIFE S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere l'autentica della firma del richiedente.
NET INSURANCE LIFE S.p.A. esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore del Beneficiario entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra e dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore del Beneficiario sono dovuti gli interessi legali.

Inoltre, il Beneficiario deve:
- fornire ogni ulteriore documentazione che NET INSURANCE LIFE S.p.A. ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del Sinistro;
- consentire a NET INSURANCE LIFE S.p.A. di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

Art. 12.2 Invalidità Totale e Permanente
- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento/Mutuo) 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 del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- 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. 13 OBBLIGHI DELL'IMPRESA ADERENTE IN CASO DI SINISTRO

Per la garanzia caso Decesso

In caso di Decesso, gli aventi causa possono compilare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata), e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a:

NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

oppure utilizzando:
e-mail**:** **sinistri-kereis@kereisitalia.com**
o in alternativa i numeri di **telefono 02 / 6882691** o di **fax 02 / 688 269 40**

unitamente alla documentazione di cui all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente

In caso di Sinistro, l'Impresa Aderente deve darne avviso a NET INSURANCE S.p.A. entro e non oltre il termine indicato nel comma successivo.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
L'Impresa Aderente, non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento dell'evento assicurato, deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre

aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento/Mutuo) mediante lettera raccomandata A/R a:

NET INSURANCE S.p.A.
c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

oppure utilizzando:
e-mail**:** **sinistri-kereis@kereisitalia.com**
o in alternativa i numeri di **telefono 02 / 6882691** o di **fax 02 / 688 269 40**

unitamente alla documentazione prevista all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

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'Impresa Aderente riconosce fin da ora che le Compagnie saranno liberate dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.

ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini delle norme assuntive di cui al precedente art. 3.1.

ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 17 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Impresa Aderente alla Compagnia con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A/R. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie saranno indirizzate presso i recapiti indicati dall'Impresa Aderente nel Modulo di Adesione.

ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA ADERENTE

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento/Mutuo - provvederà ad informare della possibilità di aderire alle Polizze Collettive e a fornire all'Impresa Aderente 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 indenne e manlevata le Compagnie da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 20 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 21 FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello di residenza o sede dell'Impresa Aderente, o quello da lui preferito.

ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 23 RECLAMI

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

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

per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente):

- 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, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it

ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI

L'Impresa Aderente non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi , o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalle coperture di cui alla presente Contratto di assicurazione.

ART. 25 CONTROVERSIE

Per la risoluzione di eventuali controversie, fermo restando la possibilità delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, esse 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 alla sede dell'Impresa Aderente.

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 la Copertura 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 le Compagnie saranno tenute 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 AL MODULO DI ADESIONE

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Impresa Aderente nel Modulo di Adesione, devono essere approvate dalle Compagnie.

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO

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 qualora:

a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura Assicurativa è efficace secondo le modalità definite al successivo art. 30;
b) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 31;
c) l'Impresa Aderente abbia adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 33.

ART. 30 PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce al Beneficiario il pagamento del Capitale Assicurato. La Copertura Assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente al Decesso dell'Assicurato.
Il valore del Capitale Assicurato sarà pari all'importo totale del Finanziamento/Mutuo, nel caso di Finanziamenti/Mutui di nuova erogazione, o all'importo del Debito Residuo, nel caso di Finanziamenti/Mutui già erogati, ovvero all' importo anche inferiore rispetto

all'importo totale/Debito Residuo stessi.
Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, il Capitale Assicurato per ciascuno di essi – per un massimo di quattro soggetti - non potrà essere superiore all'importo totale del Finanziamento/Mutuo (per i Finanziamenti/Mutui di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (nel caso di Finanziamenti/Mutui già erogati), ovvero non potrà essere superiore al diverso importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.

Il Capitale Assicurato sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per Sinistro, come previsto all'art. 4.
Nel caso in cui 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 Decesso resterà acquisito da NET INSURANCE LIFE S.p.A..
Nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento/Mutuo e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento/Mutuo stesso.

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento/Mutuo, si rinvia a quanto indicato all'art 11.
La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli artt. 9 e 14 che precedono.

ART. 31 ESCLUSIONI

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato

– salvo nei casi in cui il decesso sia causato da:

- **dolo del Beneficiario e dell'Assicurato;**
- **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.;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
  - **qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;**
  - **in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;**
- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **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, eccetera).**

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 4,000m e/o oltre il III grado della scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o 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**

In questi casi, a parziale deroga di quanto stabilito all'Art. 30 (Prestazione assicurata), NET INSURANCE LIFE S.p.A. ***corrisponderà quanto viene accantonato di anno in anno per far fronte al rischio Decesso e il Contratto si risolve anticipatamente.***

ART. 32 RISCATTO E PRESTITI

32.1 L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.
32.2. In relazione alle presenti Polizze non sono concedibili prestiti.

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Decesso, si richiama quanto indicato al precedente art. 12.

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nel periodo di Durata della Copertura Assicurativa, che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato eserciti o meno un'attività professionale, intervenuta durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, NET INSURANCE S.p.A. garantisce al Beneficiario il pagamento di un importo pari Capitale Assicurato. La Copertura Assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente all'Invalidità dell'Assicurato.
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".
Il valore del Capitale Assicurato sarà pari all'importo totale del Finanziamento/Mutuo (per i finanziamenti/mutui di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (per i finanziamenti/mutui già erogati) ovvero al differente importo inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.
Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, il Capitale Assicurato per ciascuno di essi– per un massimo di quattro soggetti - non potrà essere superiore all'importo totale del Finanziamento/Mutuo (per i Finanziamenti/Mutui di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (per i finanziamenti/mutui già erogati) ovvero al differente importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.

Il Capitale Assicurato non potrà superare l'importo di Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per Sinistro, come previsto dall'art. 4.
Nel caso in cui 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 Invalidità Totale Permanente resterà acquisito da NET INSURANCE S.p.A..
Nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento/Mutuo e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento/Mutuo stesso.

In caso di anticipata estinzione totale e di surroga del Contratto di Finanziamento/Mutuo si rinvia a quanto indicato all'art 11.
La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli artt. 9 e 14 che precedono.

ART. 35 ESCLUSIONI

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

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **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.;**

- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;**
- **abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
  - **qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;**
  - **in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;**
- **infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
- **aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);**
- **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. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro, l'Impresa Aderente deve darne avviso scritto a NET INSURANCE S.p.A. entro 60 (sessanta) giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del C.C.

La denuncia di Sinistro 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

.

Condizioni di Assicurazione – *PROTEZIONE BUSINESS*

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa

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

Condizioni di Assicurazione – *PROTEZIONE BUSINESS*

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa

MODULO DI ADESIONE

Modulo di adesione n°_____

Polizze Collettive nn. 659/660 "PROTEZIONE BUSINESS"
stipulate da BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A. (Contraente)
con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Possono aderire alle Polizze Collettive, assumendo la qualifica di Assicurato, fino a un massimo di quattro persone assicurabili. Ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Finanziamento/Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. Ciascun Assicurato potrà essere coperto per una quota parte dell'importo totale del Finanziamento/Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato, o per il totale del Finanziamento/Mutuo stesso, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. La quota prescelta relativa a ciascun Assicurato è indicata nel presente Modulo di Adesione.

Estremi di Polizza							
Codice Prodotto							
Intermediario: BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A							
ABI	……	CAB	……	Codice sportello	……	Codice Operatore	……

Dati dell'Impresa Aderente NDG:			
Denominazione/Ragione Sociale			Partita IVA
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Telefono	E-mail		
Nr. Finanziamento/Mutuo TAN		SAE	ATECO
Finanziamento/Mutuo richiesto/Debito residuo €		Durata Finanziamento/Mutuo pari a (mesi)	
Premio Lordo unico €	Premio Lordo annuale €		Capitale Assicurato €
Premio Lordo unico per la garanzia Decesso prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A. €			
Premio Lordo unico per la garanzia Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) prestata da NET INSURANCE S.p.A. €			

Dati del Legale Rappresentante			
Cognome		Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Nazionalità	Cittadinanza		Sesso
Residenza CAP	Località		Provincia
Domicilio *(se diverso da residenza)* Indirizzo CAP	Località		Provincia
Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione	
Indirizzo email		Numero cellulare	
Persona politicamente esposta:	SI ☐	NO ☐	

FAC-SIMILE

Dati Polizze
Data di decorrenza (dalle ore 24.00 del):
Data di scadenza (dalle ore 24.00 del):
Durata (espressa in mesi):

Possono essere assicurati fino ad un massimo di quattro persone fisiche. Le garanzie saranno operanti per la percentuale definita dall'Impresa Aderente negli appositi campi. Per ciascun Assicurato, designato dall'Impresa Aderente, il capitale assicurato:

- per i Finanziamenti di nuova erogazione, sarà pari: all'importo totale del Finanziamento/Mutuo oppure ad un importo inferiore con il limite del 50%;
- per Finanziamenti già erogati, sarà pario all'importo del Debito Residuo oppure ad un importo inferiore con il limite del 50%;

Resta inteso che a ciascun Assicurato deve essere attribuito il medesimo capitale assicurato.

Preso atto che BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. le Polizze Collettive a cui possono aderire i clienti persone giuridiche di BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A. o delle sue partecipate o controllate.

ADESIONE
ALLE POLIZZE COLLETTIVE NN. 659/660 "PROTEZIONE BUSINESS"

	Coperture Assicurative	Prestazione/Indennizzo
✓	A) Decesso dell'Assicurato	A) Debito Residuo del Finanziamento/Mutuo
	B) Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) dell'Assicurato	B) Debito Residuo del Finanziamento/Mutuo

1) Dati dell'Assicurato N. 1				
Cognome		Nome		
Indirizzo di Residenza		Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio *(se diverso da residenza)*		Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale	
Documento Tipo		Numero	Data e luogo di emissione	
Professione				
Indirizzo email			Numero cellular	
Quota di copertura assicurativa: %			Premio unico €	
Capitale assicurato €			Premio annuo €	

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A. o sue partecipate o controllate _____ Euro

FAC-SIMILE

1) Dati dell'Assicurato N. 2				
Cognome		Nome		
Indirizzo di Residenza		Località	Provincia	CAP
Indirizzo di Domicilio *(se diverso da residenza)*		Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale	
Documento Tipo		Numero	Data e luogo di emissione	
Professione				
Indirizzo email			Numero cellular	
Quota di copertura assicurativa: %			Premio unico €	
Capitale assicurato €			Premio annuo €	

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A. o sue partecipate o controllate _____ Euro

1) Dati dell'Assicurato N. 3				
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	
Documento Tipo		Numero	Data e luogo di emissione	
Professione				
Indirizzo email			Numero cellular	
Quota di copertura assicurativa: %			Premio unico €	
Capitale assicurato €			Premio annuo €	

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A o sue partecipate o controllate _____ Euro

1) Dati dell'Assicurato N. 4				
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	
Documento Tipo		Numero	Data e luogo di emissione	
Professione				

FAC-SIMILE

Indirizzo email	Numero cellular
Quota di copertura assicurativa: %	Premio unico €
Capitale assicurato €	Premio annuo €

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A o sue partecipate o controllate _____ Euro

Beneficiari
Beneficiario delle Coperture Assicurative è sempre l'Impresa Aderente.

INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

GARANZIA DECESSO prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.	
Costi effettivamente sostenuti sul Premio	*Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione*
Euro _____ % 63,00	Euro _____ % 68,25

GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (DA INFORTUNIO O MALATTIA) prestata DA NET INSURANCE S.p.A.	
Costi effettivamente sostenuti sul Premio	*Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione*
Euro _____ % 63,00	Euro _____ % 68,25

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	• Premio unico anticipato • Premio annuale
Mezzi di Pagamento del Premio	• addebito diretto sul c/c

COORDINATE BANCARIE		
ABI	CAB	CIN
NUMERO C/C	IBAN	

FAC-SIMILE

La sottoscritta Impresa Aderente

- autorizza Banco Desio e della Brianza S.p.A. a trattenere l'importo del premio lordo Unico o Annuale dall'importo erogato per il Finanziamento/Mutuo ed a trasmetterlo rispettivamente a NET INSURANCE LIFE S.p.A.per la sua quota parte relativa alla garanzia Decesso e NET INSURANCE S.p.A.per la sua quota parte relativa alla garanzia Invalidità Totale Permanente (da Infortunio/Malattia). Il pagamento del premio avviene mediante addebito sul conto corrente dell'impresa Aderente e, per il tramite della Contraente, accredito sul rispettivo conto corrente delle Compagnie alla data valuta dell'erogazione del Finanziamento/Mutuo stesso;
- autorizza Banco Desio e della Brianza S.p.A.a trattenere l'importo del premio lordo Unico o Annuale sul conto corrente dell'Impresa Aderente stessa e, per il tramite della Contraente, accredito sul rispettivo conto corrente delle Compagnie alla data valuta dell'erogazione del Finanziamento/Mutuo stesso.

Luogo e Data
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'/DEGLI ASSICURATO/I

Le Compagnie assumono il rischio raccogliendo da ciascun Assicurato informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita, mediante richiesta di compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (**parte integrante del presente**

Modulo di Adesione) oppure, ove necessario in base alle Condizioni di Assicurazione, del QUESTIONARIO ANAMNESTICO, allegando la documentazione medica richiesta dalla Compagnia.

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

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 dalle Compagnie, 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.**

REVOCA DELL' ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- L'desione alle Polizze Collettive è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza del contratto.
- L'Impresa Aderente 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 (al netto delle imposte);
  - annualmente, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dalle Condizioni di Assicurazione.
- La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alle Compagnie, , mediante lettera raccomandata inviata a:

NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o Kereis Italia S.A.S., Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano

DICHIARAZIONI DELL'IMPRESA ADERENTE

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

La sottoscritta Impresa Aderente
PRESO ATTO

- che la Contraente ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l'opzione da essi prescelta, a NET INSURANCE LIFE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Decesso ed a NET INSURANCE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;
- che le suddette garanzie si riferiscono alle Polizze Collettive nn. 659/660 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/Mutuo sopra indicato richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi sul/i soggetto/i Assicurato/i 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/Mutuo, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla Data di Scadenza del Finanziamento/Mutuo o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO" (parte integrante delpresente Modulo di Adesione), con risposta negativa a tutte le domande in esso contenuto; oppure
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato dell'eventuale "QUESTIONARIO ANAMNESTICO", e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si riserva o meno di accettare il rischio a seguito dell'esame delle risposte al questionario e della eventuale documentazione medica prodotta.

DICHIARA

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione sono complete ed esatte;
- di voler attivare la copertura assicurativa sul/i soggetto/i Assicurato/i come sopra indicato/i;
- **di aderire**, in qualità di Aderente, alle Polizze Collettive suindicate, che prevedono il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è quello indicato nel presente Modulo di Adesione;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

AVVERTENZA – Si informa l'Impresa Aderente e ciascun Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale delle Polizze Collettive nn. 659/660, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

SI DICHIARA di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale delle Polizze Collettive nn. **659/660** e di averne preso piena visione: Set Informativo - Modello NL/NET/0113/01 - 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 (compresive di Glossario); Modulo di Adesione (fac-simile).

L'Aderente/Assicurato dichiara altresì ai sensi dell'art.56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 di aver ricevuto prima della sottoscrizione del contratto assicurativo:

- **l'Allegato 3 – INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE,**
- **l'Allegato 4 – INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP, da rendere al Contraente/Aderente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto.**

Luogo e Data
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

DICHIARO/IAMO

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

Art. 3 Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione - Art. 4 Limiti di indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Art. 7 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 8 Diritto di recesso - Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 13 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione dei diritti - Artt. 30 - 34 Prestazioni assicurate - Artt. 31 - 35 Esclusioni.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2
FIRMA DELL'ASSICURATO 3	**FIRMA DELL'ASSICURATO 4**

FAC-SIMILE

Io/noi sottoscritto/i Assicurato/i
DICHIARO/IAMO di possedere tutte le condizioni di assicurabilità come previste dalle Condizioni di Assicurazione;
PRESTO/IAMO il consenso, con l'apposizione della firma in calce, alla stipula di un'assicurazione sulla mia/nostra vita, ai sensi dell'art. 1919 Cod. Civ.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2_____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4_____

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

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2_____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4_____

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE DELLA BANCA

Dichiaro di aver provveduto personalmente all'identificazione del sottoscrittore, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, che le firme sono state riportate in mia presenza e che il versamento del premio è stato effettuato con la modalità indicata nel presente Modulo. Dichiaro inoltre di aver presa visione e di esser a conoscenza del D.lgs n. 231/2007 e successive modificazioni.

DATA	NOME E COGNOME DELL'OPERATORE	FIRMA DELL'OPERATORE
Il		

FAC-SIMILE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

FORMULA PER L'IMPRESA ADERENTE

La Società _____, con sede in _____ Codice Fiscale/P.IVA _____ e-mail _____

a) Dichiara di aver consegnato l'informativa privacy presente nel Set Informativo a tutti gli interessati i cui dati personali sono comunicati al Titolare (quali, a titolo esemplificativo, dipendenti del contraente o beneficiari in caso di polizze collettive).
□ **conferma**

b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:
- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate 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 E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

FAC-SIMILE

FORMULA PER L'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'ASSICURATO 1

FORMULA PER L'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'ASSICURATO 2

FORMULA PER L'ASSICURATO 3

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:

FAC-SIMILE

- 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'ASSICURATO 3

FORMULA PER L'ASSICURATO 4

Il/La sottoscritto/a_____nato/a _____ 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'ASSICURATO 4

FAC-SIMILE

Condizioni di Assicurazione – *PROTEZIONE BUSINESS*

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

PROTEZIONE BUSINESS N° 659/660

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	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□

L'ASSICURATO
Nome_____ Cognome_____
Data di nascita____/____/_____
Data____/____/_____ Firma (per esteso e leggibile)_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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'ASSICURATO

Condizioni di Assicurazione – *PROTEZIONE BUSINESS*

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – PROTEZIONE BUSINESS N° 659/660

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

ADESIONE: _____

AVVERTENZA SULLE MODALITÀ DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLA COMPAGNIA
Il presente Questionario Anamnestico potrà essere trasmesso alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.: ▪ direttamente dall'operatore della Contraente con le modalità convenute con le Compagnie di assicurazione; ▪ 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 Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano"*, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, ovvero con 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 al consenso al trattamento dei dati personali rilasciato dall'Assicurato. 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.** **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 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Da quando? ..... Per quale motivo? .....
3 E' 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 E' 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 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' 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: • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI □ NO □ SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata? ....

NET INSURANCE — NET LIFE INSURANCE

• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo • Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi • Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite • Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari • Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata • Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema • Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia • Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo • Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente • Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura • Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra	SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ 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)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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'ASSICURATO

Condizioni di Assicurazione – *PROTEZIONE BUSINESS*

Prodotto assicurativo Collettivo ad Adesione facoltativa

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 Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;
mail: sinistri-kereis@kereisitalia.com
tel. 02 / 6882691
fax 02 / 688 269 40

per la *Copertura Danni* (Invalidità Totale e Permanente):
NET INSURANCE S.p.A
c/o Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano
mail: sinistri-kereis@kereisitalia.com
tel. 02 / 6882691
fax 02 / 688 269 40

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE
Kereis Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano
mail: applicazioni-kereis@kereisitalia.com
tel. 02 / 6882691
fax 02 / 688 269 40

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