

POLIZZA DI ASSICURAZIONE

NET TCM

Polizza multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante

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 DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 12/2021

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

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



Assicurazione Vita

Prodotto multigaranzia



Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi diversi dai prodotti d'investimento assicurativo (DIP Vita)

Impresa: NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Prodotto: NET TCM




Data ultimo aggiornamento 12/2021


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?

NET TCM è un Contratto assicurativo multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante che ha come finalità quella di proteggere il Contraente contro l'accadimento di eventi imprevedibili che possono colpire la persona assicurata.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>✓ In caso di Decesso per ogni causa, NET INSURANCE LIFE S.P.A. garantisce al Contraente il pagamento di un importo pari al Capitale assicurato.</p> <p>Il Capitale Assicurato, con il limite di € 500.000,00 per Sinistro, viene indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e si intende costante per tutta la durata dell'Assicurazione</p> <p>I Beneficiari della Prestazione Assicurata sono i soggetti designati dal Contraente o in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.</p>	<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ L'Assicurato che abbia un'Età assicurativa non compresa tra 18 e 75 anni;✗ L'Assicurato che non abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e, ove richiesto in base al capitale assicurato e/o all'Età assicurativa, non si sia sottoposto a Visita Medica o non abbia fornito il Rapporto di visita medica debitamente compilato o non abbia fornito l'ulteriore documentazione sanitaria richiesta <p>Inoltre: la permanenza in copertura è limitata al raggiungimento del 80° anno di Età assicurativa.</p>
	<p> Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Principali esclusioni per la garanzia Decesso:</p> <ul style="list-style-type: none">! dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari; partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi.

 Dove vale la copertura?
✓ L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di rilasciare dichiarazioni che siano vere, esatte e non reticenti ;
- il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di sottoscrivere e di completare in ogni parte la Proposta di Assicurazione, e, ove richiesto, l'Assicurato deve sottoporsi a Visita Medica o completare il Rapporto di visita medica ed eventualmente presentare ulteriore documentazione se richiesta;
- In caso di Decesso, il Contraente deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro corredato dalla seguente documentazione :
 - dati 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 e verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso.



Come e quando devo pagare?

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo il cui importo è indicato in Polizza. Il pagamento del premio deve essere effettuato dal Contraente mediante addebito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice, dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto dell'Assicuratore. In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi premi annui andranno versati tramite SEPA Direct Debit Core a favore dell'Assicuratore sul conto corrente riportato nella Proposta di Assicurazione o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato dall'Assicuratore. È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate. Il Premio annuo è frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimensili e mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del premio su base mensile, è consentito esclusivamente a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 10,00. Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se – espletate le formalità assuntive e ricevuta l'accettazione da parte dell'Assicuratore - è stato pagato il Premio; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. La Durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 40 anni, a condizione che l'Età assicurativa dell'Assicurato non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa.



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

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

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

Il Contraente comunica all'Assicuratore la propria volontà di Revoca e Recesso, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata.

L'esercizio della Revoca o del Recesso libera il Contraente da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dal Contraente. L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto.






Sono previsti riscatti o riduzioni? SÌ NO

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

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

NET TCM è un Contratto assicurativo multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante che ha come finalità quella di proteggere il Contraente contro l'accadimento di eventi imprevisi che possono colpire la persona assicurata.

 Che cosa è assicurato?	 Che cosa non è assicurato?
<p>✓ Invalità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia (garanzia opzionale) In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino per l'Assicurato un'Invalità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo - di grado pari o superiore al 60% della totale diagnosticata e fermi i termini di carenza - NET INSURANCE S.p.A. garantisce al Contraente il pagamento di un importo pari Capitale Assicurato. Il Capitale Assicurato, con il limite di € 500.000,00 per Sinistro, viene indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e si intende costante per tutta la durata dell'Assicurazione. Il capitale assicurato potrà essere pari o inferiore al capitale assicurato per la garanzia Decesso da ogni causa.</p> <p>✓ Assistenza alla persona (garanzia obbligatoria) NET INSURANCE S.p.A. per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa di Europ Assistance, nei casi di Infortunio o Malattia delle persone Assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ consulenza medica; ▪ valutazione dei sintomi (tramite piattaforma myclinic); ▪ consulto medico (tramite piattaforma myclinic); ▪ cartella salute (tramite piattaforma myclinic); ▪ passaporto salute (tramite piattaforma myclinic); ▪ invio di un medico generico al domicilio (prestazione valida in Italia); ▪ trasporto in autoambulanza (prestazione valida in Italia) <p>NET TCM prevede sempre la garanzia obbligatoria Decesso da qualsiasi ogni causa (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A).</p> <p>Il Beneficiario della garanzia Invalità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia è l'Assicurato.</p>	<p><i>Non è assicurabile, relativamente alla garanzia Invalità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ l'Assicurato che abbia un'Età assicurativa non compresa tra 18 e 60 anni; ✗ l'Assicurato che non abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e, ove richiesto in base al capitale assicurato e/o all'Età assicurativa, non si sia sottoposto a Visita Medica o non abbia fornito il Rapporto di visita medica debitamente compilato o non abbia fornito l'ulteriore documentazione sanitaria richiesta <p><i>Inoltre, con riferimento alla garanzia Invalità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ la permanenza in copertura è limitata al raggiungimento del 65° anno di Età assicurativa.
	<p> Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Principali esclusioni per la garanzia Invalità Permanente e Totale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari; ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; ; ! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti; ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi. <p>Principali esclusioni per la garanzia Assistenza alla persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto; ! partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi; ! stati patologici correlati alla infezione da HIV.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, salvo le diverse disposizioni previste dalle singole prestazioni di Assistenza. La garanzia Invalidità Permanente Totale deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea..



Che obblighi ho?

- Il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di rilasciare dichiarazioni che siano vere, esatte e non reticenti ;
- Il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di sottoscrivere e di completare in ogni parte la Proposta di Assicurazione, e, ove richiesto, l'Assicurato deve sottoporsi a Visita Medica o completare il Rapporto di visita medica ed eventualmente presentare ulteriore documentazione se richiesta;
- In caso di Sinistro, per la garanzia Invalidità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia, il Contraente - deve inoltrare all'Assicuratore la denuncia corredata dalla seguente documentazione :
 - 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;
 - descrizione delle modalità di accadimento dell'infortunio, con evidenza della data e del luogo in cui si è verificato;
 - copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
 - certificato di Pronto Soccorso;
 - certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.In caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale : copia del verbale reso dalle autorità intervenute.
- In caso di Sinistro, per la garanzia Assistenza alla persona, l'Assicurato - deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità ed indicare :
 - il tipo di Assistenza di cui necessita
 - cognome e Nome
 - numero di Polizza preceduto dalla sigla NIPT
 - indirizzo del luogo in cui si trova
 - il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.



Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo il cui importo è indicato in Polizza. Il pagamento del premio deve essere effettuato dal Contraente mediante addebito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice, dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto dell'Assicuratore. In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi premi annui andranno versati tramite SEPA Direct Debit Core a favore dell'Assicuratore sul conto corrente riportato nella Proposta di Assicurazione o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato dall'Assicuratore. È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate. Il Premio annuo è frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimensili e mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del premio su base mensile, è consentito esclusivamente a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 10,00. Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se – espletate le formalità assuntive e ricevuta l'accettazione da parte dell'Assicuratore - è stato pagato il Premio; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. La Durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 40 anni. A condizione che, per la sola garanzia Invalidità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia, l'Età assicurativa dell'Assicurato non ecceda i 65 anni nel corso della durata dell'Assicurazione.



Come posso disdire la polizza?

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

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

Il Contraente comunica all'Assicuratore la propria volontà di Revoca e Recesso, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata.

L'esercizio della Revoca o del Recesso libera il Contraente da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dal Contraente. L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto al netto delle imposte per le garanzie Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.

Polizza multigaranzia



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi

(DIP aggiuntivo Multirischi)



Compagnie che realizzano il prodotto: NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Prodotto: NET TCM

Data ultimo aggiornamento: 12/2021

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 Assicuratrice.

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso)

Net Insurance Life S.p.A. – Società per Azioni con unico socio – fa parte del Gruppo Net Insurance – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma; Tel. 06 893261 – Fax 06 89326800; Sito internet: www.netinsurancelife.it; Email: info@netinsurancelife.it; PEC: netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con provvedimento IVASS n. 2591 del 14/02/2008. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.000164.

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 25,3 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 15 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 10,3 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 15,8 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 4 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 32,4 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 214,79%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2020 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale e Permanente)

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Net Insurance - 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 € 77,9 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,5 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 60,4 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 38,2 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 13,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 77,2 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 203,88%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2020 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/quali sono le prestazioni?

Ramo Vita

DECESSO DA OGNI CAUSA (garanzia obbligatoria)

In caso di Decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa, verificatosi nel periodo di validità del contratto, l'Assicuratore corrisponderà al Beneficiario la Prestazione Assicurata indicata in Polizza.

La Garanzia, obbligatoria per dar seguito al Contratto, è valida se è stato pagato il relativo Premio.

Rami Danni

- INVALIDITÀ PERMANENTE E TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia opzionale)

In caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nel periodo di Durata dell'Assicurazione, che comportino per l'Assicurato un'Invalidità riduttiva in modo permanente - della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo - di grado pari o superiore al 60% della totale diagnosticata - successivamente alla data di decorrenza della polizza e, comunque non oltre la scadenza della stessa - fermi i termini di carenza, l'Assicuratore garantisce al Beneficiario il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato.

La garanzia, opzionale, è valida solo se è richiamata in Polizza e se è stato pagato il relativo Premio.

- ASSISTENZA ALLA PERSONA (garanzia obbligatoria)

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, l'Assicuratore per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa di Europ Assistance mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni:

- consulenza medica;
- valutazione dei sintomi (tramite piattaforma myclinic);
- consulto medico (tramite piattaforma myclinic);
- cartella salute (tramite piattaforma myclinic);
- passaporto salute (tramite piattaforma myclinic);
- invio di un medico generico al domicilio (prestazione valida in Italia);
- trasporto in autoambulanza (prestazione valida in Italia)



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Le garanzie Decesso da ogni causa e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sono escluse in caso di:

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;
- suicidio o tentato suicidio da cui ne consegue il decesso dell'assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'Assicurazione;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altra patologia ad essa collegata, se il decesso avviene nei primi cinque anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione;

- malattie, malformazioni, stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
- viaggi in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

È inoltre esclusa dall'Assicurazione la morte causata da:

- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di attività sportive professionistiche;
- pratica di sport aerei in genere;
- pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4.000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno; torrentismo; vela transoceanica, bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.
- attività professionale pericolosa che comporti:
 - contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche;
 - lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in garanzia l'edilizia fino a 15 m di altezza);
 - lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
 - l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, aviazione, corpi di protezione civile, (si intende inclusa in garanzia l'attività svolta da personale di supporto, amministrativo, d'ufficio, senza viaggi all'estero o mansioni pericolose).

Per la garanzia Assistenza per la persona sono escluse le prestazioni conseguenti a:

- infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- aborto volontario non terapeutico;
- infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cure);
- tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

La copertura non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei 180 giorni immediatamente successivi alla data di effetto dell'assicurazione.

Tale periodo di carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute (con onere a suo carico) ed eliminare il periodo di carenza di cui sopra.

Qualora la carenza sia operante ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del premio, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

La carenza comunque non opera qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla data di conclusione del contratto e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Tale periodo di carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurando, in fase di assunzione del rischio, dovesse effettuare un test sull'HIV con esito negativo.

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'Assicurato deve avere un'Età assicurativa compresa tra 18 e 75 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 80 anni di Età assicurativa.

Rami Danni

La garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia opera con una carenza di 90 giorni

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'Assicurato deve avere un'Età assicurativa compresa tra 18 e 60 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 65 anni di Età assicurativa.

La garanzia Assistenza alla persona è valida in tutto il mondo, salvo le diverse disposizioni previste dalle singole prestazioni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa Assicuratrice?

Che cosa devo fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati come di seguito descritto:

Per la garanzia Decesso

In caso di Decesso, il Contraente deve inviare apposita comunicazione a:

- Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia (tramite lettera raccomandata A/R)
- claims@netinsurance.it (tramite email)
- +39 0697625707 (tramite Fax)

unitamente alla seguente documentazione:

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito dell'Assicuratore, in versione sempre aggiornata) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
- dati 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, l’Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere l’autentica della firma del richiedente.

L’Assicuratore 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 l’Assicuratore ritenga opportuno richiedere per l’accertamento del Sinistro;
- consentire all’Assicuratore di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente

In caso di Sinistro, il Contraente deve darne avviso all’Assicuratore 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 all’indennizzo.

Il Contraente, non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento dell’evento assicurato, deve inviare apposita comunicazione a:

- Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia (tramite lettera raccomandata A/R)
- claims@netinsurance.it (tramite email)
- +39 0697625707 (tramite Fax)

unitamente alla seguente documentazione:

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito dell’Assicuratore in versione sempre aggiornata) 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;
- descrizione delle modalità di accadimento dell’infortunio, con evidenza della data e del luogo in cui si è verificato;
- 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;
- certificate di pronto soccorso;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

Per la garanzia Assistenza

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


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


- dall’Italia al numero: 800 542 009
- dall’estero al numero: +39.02.58.28.65.49

se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:


- EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A., Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01


	<p>unitamente alla seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il tipo di Assistenza di cui necessita • Cognome e Nome • Numero di Polizza preceduto dalla sigla NIPT • Indirizzo del luogo in cui si trova • Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.
	<p>Prescrizione garanzia Decesso da ogni causa (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.): Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, 2° comma, i diritti derivanti dall'Assicurazione sulla Vita si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. Ai sensi della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche/integrazioni, in caso di omessa richiesta del Capitale Assicurato entro il termine di Prescrizione del relativo diritto, le imprese di assicurazione devono obbligatoriamente versare gli importi non reclamati al "Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie" costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p> <p>Prescrizione garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia (prestata da NET INSURANCE S.p.A.): Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>
	<p>Liquidazione delle prestazioni: L'Assicuratore esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di seguito specificata, riguardante ogni garanzia.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.</p> <p>Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dall'Assicuratore all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.</p>


 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il pagamento del premio deve essere effettuato dal Contraente mediante addebito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice, dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto dell'Assicuratore.
Rimborso	Il Contraente ha diritto al rimborso del premio versato, se revoca la proposta di assicurazione prima della Conclusione del contratto di assicurazione, o recede dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto la comunicazione che il contratto è concluso. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca o al recesso, l'Assicuratore provvede a rimborsare al Contraente il premio da questi eventualmente versato, con diritto a trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto (per il solo caso di recesso).
Sconti	Non sono previsti sconti di premio applicabili al presente contratto.


 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>La Durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 40 anni, a condizione che l'Età assicurativa dell'Assicurato non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa.</p> <p>L'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se – espletate le formalità assuntive e ricevuta l'accettazione da parte dell'Assicuratore - è stato pagato il Premio; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.</p> <p>Tutte le garanzie cessano al verificarsi di uno, in ordine cronologico, dei seguenti eventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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;

	<p>2. Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato: nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore;</p> <p>3. raggiungimento del 80° anno di Et� assicurativa dell'Assicurato;</p> <p>4. esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente.</p> <p>Resta fermo che, qualora sia stata opzionata la garanzia Invalidit� Permanente Totale da Infortunio e Malattia, la stessa cessa al raggiungimento del 65° anno di Et� assicurativa da parte dell'Assicurato. L'Assicurato rester� in copertura, per tutta la restante parte di durata del Contratto, per la sola garanzia Decesso. Pertanto, il Premio sar� ricalcolato per la sola garanzia Decesso da ogni causa.</p>
Sospensione	Se il Contraente non paga il Premio, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., in senso pi� favorevole al Contraente, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21°, anzich� il 15°, giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	<p>La Proposta di Assicurazione � revocabile dal Contraente fino alla Data di Decorrenza.</p> <p>Il Contraente comunica all'Assicuratore la propria volont� di Revoca, a sua scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica certificata.
Recesso	<p>Il Contraente ha diritto di esercitare Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza. Il Contraente comunica all'Assicuratore la propria volont� di Recesso, a sua scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica certificata.
Risoluzione	Il mancato pagamento dei Premi successivi al primo Anno Assicurativo (per Durata superiore ad 1 anno) determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione di diritto del contratto e i Premi pagati restano acquisiti all'Assicuratore.

 A chi � rivolto questo prodotto?	
NET TCM � un'Assicurazione multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante.	
L'Assicurazione tutela:	
<ul style="list-style-type: none"> • Il Contraente, in caso di Decesso dell'Assicurato; • L'Assicurato - se la garanzia � richiamata in Polizza – in caso di Invalidit� Permanente Totale da Infortunio o Malattia; • l'Assicurato in caso di Assistenza. 	

 Quali costi devo sostenere?	
Sul premio gravano, costi di gestione, di acquisizione e di incasso, comprensivi dei costi per l'intermediazione assicurativa, che sono pari al 55,00%. Tali costi sono inclusi nel premio versato.	
La quota parte dei costi percepita in media dal distributore del prodotto, � pari al 63,64%.	
Gli eventuali costi per effettuare il Rapporto del Medico o altra documentazione sanitaria richiesta dall'Assicuratore per la valutazione del rischio sono a carico del Contraente.	

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	

Valore di riscatto e riduzione	Il presente contratto non prevede valori di riscatto e di riduzione.
Richiesta di informazioni	Il presente contratto non prevede valori di riscatto e di riduzione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it; • Fax: 06.89326.570 <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it; • Fax: 06.89326.570 <p>I reclami saranno risolti nel termine di 45 giorni dalla ricezione.</p>
All'IVASS	<p>In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte dell'Impresa Assicuratrice 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.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, 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 alle Imprese.
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.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<ul style="list-style-type: none"> • 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. E' consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.
L'IMPRESA ASSICURATRICE HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.	
PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA, 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 ASSICURATRICE DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA ALLACONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.	



Sommario

GLOSSARIO	2
PREMESSA	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	4
ART. 1 - GARANZIE PRESTATE	4
ART. 2 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE	5
ART. 2.1 - NORME ASSUNTIVE	5
ART. 3 - LIMITI DI INDENNIZZO	7
ART. 4 - VALIDITÀ TERRITORIALE	7
ART. 5 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	7
ART. 6 - EFFETTO, DURATA E DISDETTA DEL CONTRATTO - PREMIO	7
ART. 6.1 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE	8
ART. 6.2 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE	8
ART. 6.3 – CESSAZIONE DELLE GARANZIE	8
ART. 7 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	8
ART. 8 - DIRITTO DI REVOCA E RECESSO	8
ART. 9 - BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI	8
ART. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	9
ART. 11 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI	9
ART. 12 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE	9
ART. 12.1 - DECESSO	10
ART. 12.2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	11
ART. 12.3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA	11
ART. 13 - ALTRE ASSICURAZIONI	11
ART. 14 - PROVA	11
ART. 15 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI – TITOLARITÀ DEI DIRITTI E DEGLI OBBLIGHI NASCENTI DALLA POLIZZA	12
ART. 16 - RISCATTO E RIDUZIONE	12
ART. 17 - ONERI FISCALI	12
ART. 18 - GIURISDIZIONE, PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE, FORO COMPETENTE	12
ART. 19 - LEGGE APPLICABILE	12
ART. 20 - TERMINE DI PRESCRIZIONE	12
ART. 21 - CLAUSOLA LIBERATORIA	12
ART. 22 - RECLAMI	12
ART. 23 - CESSIONE DEI DIRITTI	13
ART. 24 - CONTROVERSIE	13
ART. 25 - SANZIONI	13
ART. 26 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE – GLOSSARIO	13
SEZIONE 1 – DECESSO DA OGNI CAUSA	13
A. GARANZIA DECESSO DA OGNI CAUSA	13
ART. 27 - LIMITI DI ETÀ	13
ART. 28 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E CAPITALE ASSICURATO	13
ART. 29 - ESCLUSIONI	13
ART. 30 – TERMINI DI CARENZA	14
ART. 31 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	15
SEZIONE 2 – INFORTUNI O MALATTIA	15
A. GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	15
ART. 32 - LIMITI DI ETÀ	15
ART. 33 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E CAPITALE ASSICURATO	15
ART. 34- ESCLUSIONI	15
ART. 35- TERMINI DI CARENZA	16
ART. 36 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	16
SEZIONE 3 – ASSISTENZA	16
A. GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA	17
ART. 37- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	17
ART. 38 - ESCLUSIONI	18
ART. 39 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ	18
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE..... 1

CONTATTI UTILI..... 1

GLOSSARIO

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

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Anno assicurativo

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

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore

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

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

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Assistenza

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

Beneficiario

Persona fisica che può coincidere o meno con l'Assicurato, che riceve la Prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento di Decesso. Per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia o per la garanzia Assistenza Beneficiario è l'Assicurato.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che l'Assicuratore indennizza in caso di Sinistro ed è riportato in Polizza.

Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.

Conclusione del contratto di assicurazione

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

Contraente

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

Controversia

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

Danni

I danni risarcibili ai sensi di Legge in conseguenza di morte o lesioni personali e/o distruzione o deterioramento di cose.

Data di Decorrenza

Il momento da cui decorre l'Assicurazione, fatto salvo quanto

previsto nei Termini di Carenza.

Età assicurativa

L'età convenzionale della persona determinata in anni interi attribuitale per tutto il periodo compreso tra i sei mesi che precedono e seguono il relativo compleanno.

Ad esempio: 40 anni e 5 mesi equivalgono a 40 anni; 40 anni e 6 mesi ed un giorno equivalgono a 41 anni.

Garanzia

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

Impignorabilità e inesquestrabilità

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

Indennizzo

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Invalidità Permanente

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

IVASS

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Massimale

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

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di Durata dell'Assicurazione.

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

Polizza

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



Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione

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

Prestazione di Assistenza

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

Proposta di Assicurazione

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

Questionario Sanitario

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

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

Rami Danni

I Rami assicurativi diversi dal Ramo Vita.

Recesso

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

Revoca

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

Riattivazione

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

Avviene generalmente mediante il versamento dei Premi arretrati, maggiorati degli interessi di ritardato pagamento.

Riduzione

Relativamente alle polizze Vita, la diminuzione del Capitale Assicurato, conseguente, per determinate tipologie tariffarie, alla sospensione, da parte del Contraente, del pagamento dei

Premi annui, determinata tenendo conto dei Premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti. Non prevista per la Garanzia Temporanea Caso Morte.

Rischio

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

Rischio demografico

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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Set Informativo

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

Sinistro

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

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI) – costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Assicuratore provvede, per incarico in quest'ultimo, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Assicuratore stesso, le Prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

Termini di Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.



PREMESSA

NET TCM è un'Assicurazione multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante.

L'Assicurazione tutela il Contraente, in caso di Decesso o - se richiamata in Polizza – in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia della persona assicurata, a fronte del pagamento di un Premio annuo costante.

L'assicurazione include anche la Garanzia Assistenza alla persona, sempre operante.

Disciplina del contratto

Il presente contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto stabilito nella Proposta di Assicurazione, nella Polizza e nelle eventuali Appendici firmate dalle Parti;
- dalle disposizioni di legge in materia.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul modello di Polizza, ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati e/o nelle presenti Condizioni di Assicurazione per le singole Garanzie, fatte salve altresì le Franchigie e i limiti di Indennizzo che siano riportati in Polizza o all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

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

Il prodotto è suddiviso in tre sezioni:

1. SEZIONE DECESSO DA OGNI CAUSA
 - a. Garanzia Decesso da ogni causa
2. SEZIONE INFORTUNI o MALATTIA
 - a. Garanzia Invalidità permanente Totale da Infortunio o Malattia
3. SEZIONE ASSISTENZA
 - a. Garanzia Assistenza alla persona

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

ART. 1 - GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto prevede la Garanzia Decesso da ogni causa (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A), la Garanzia Assistenza alla persona (prestata da NET INSURANCE S.p.A.) alle quali può essere abbinata la Garanzia opzionale Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia (prestata da NET INSURANCE S.p.A.).

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

Coperture assicurative		
Decesso da ogni causa	Assistenza alla persona	Invalidità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia
Obbligatoria	Obbligatoria	Opzionale

Le Garanzie sono prestate dall'Assicuratore in base alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Nel caso in cui il Contraente abbia aderito alla Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, si precisa che al raggiungimento da parte dell'Assicurato del 65° anno dell'Età assicurativa, cessa la Garanzia Invalidità



Permanente Totale da Infortunio e Malattia ed il Premio sarà ricalcolato per le sole Garanzie Decesso da ogni causa ed Assistenza alla persona.

ART. 2 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

Per poter perfezionare il Contratto è necessario che:

- a. il Contraente abbia residenza o domicilio fiscale in Italia;
- b. l'Assicurato abbia un'Età assicurativa non superiore a 75 anni in caso di sola adesione alle Garanzie Decesso da ogni causa;
- c. l'Assicurato abbia un'Età assicurativa non superiore a 60 anni in caso di adesione alla Garanzia opzionale Invalidità permanente Totale da Infortunio o Malattia;
- d. il Contraente abbia pagato 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 dal Contraente:

- a. abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e, ove richiesto in base al Capitale Assicurato e/o all'Età assicurativa dell'Assicurato stesso, si sia sottoposto a Visita Medica e fornito il Rapporto di visita medica debitamente compilato;
- b. abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

In caso di sottoscrizione del Questionario Sanitario con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte dell'Assicuratore a seguito della stessa sottoscrizione della Proposta di Assicurazione. A fronte di una o più risposte positive fornite al Questionario Sanitario o in caso di Visita Medica o Rapporto di visita medica, l'Assicuratore si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, l'Assicuratore si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del Rischio al Contraente e all'Assicurato.

ART. 2.1 - NORME ASSUNTIVE

L'accettazione del Rischio avviene sulla base dei dati forniti nella Proposta di Assicurazione, che dovrà essere completata in ogni parte, datata e firmata dal Contraente e dall'Assicurato e, ove richiesto, e dell'esito della Visita Medica o Rapporto di visita medica e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni Contratto dovrà essere completato con la seguente documentazione:

- Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato sia compresa tra 18 e 65 anni e per capitali compresi tra Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) ed Euro 300.000,00 (trecentomila/00), al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, dovrà essere compilato il Questionario Sanitario. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario, il Contratto potrà essere perfezionato solo dopo che l'Assicuratore avrà dato il proprio consenso.

Resta fermo che l'Assicurando può richiedere volontariamente una Visita Medica e la relativa compilazione del Rapporto del Medico per eliminare il periodo di "carenza generale" previsto dalle Condizioni Contrattuali (tale visita non è condizione necessaria per il perfezionamento del contratto). I costi per l'eventuale eliminazione delle carenze sono a carico dell'Assicurando.

- Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato sia compresa tra 66 e 75 anni e per capitali fino a Euro 300.000,00 (trecentomila/00), al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, l'Assicurando dovrà sottoporsi a Visita Medica e fornire il Rapporto di visita medica debitamente compilato e trasmettere all'Assicuratore la seguente documentazione sanitaria:
 - Emoglobina glicosilata, creatininemia, azotemia, AST, ALT, CGT, colesterolo totale, trigliceridi, HDL, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV.
 - Esame completo delle urine.

Il Contratto potrà essere perfezionato solo dopo che l'Assicuratore avrà dato il proprio consenso.

- Indipendentemente dall'Età assicurativa dell'Assicurato e per capitali compresi tra Euro 300.000,01 (trecentomila/01) ed Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00), al momento della sottoscrizione della Proposta



di Assicurazione, l'Assicurando dovrà sottoporsi a Visita Medica e fornire il Rapporto di visita medica debitamente compilato e trasmettere all'Assicuratore la seguente documentazione sanitaria:

- Emoglobina glicosilata, creatinemia, azotemia, AST, ALT, CGT, colesterolo totale, trigliceridi, HDL, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV.
- Esame completo delle urine.

Il Contratto potrà essere perfezionato solo dopo che l'Assicuratore avrà dato il proprio consenso.

Di volta in volta, l'Assicuratore si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria. I relativi costi resteranno a carico del Contraente.

Il Capitale Assicurato dovrà essere compreso tra Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) ed Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00). Per la copertura Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia, il Capitale Assicurato potrà essere pari o inferiore al Capitale Assicurato per la Garanzia Decesso da ogni causa.

Di seguito, lo schema delle formalità assuntive sopra indicate:

ETÀ ASSICURATIVA	CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI DECESSO DA OGNI CAUSA	
	Da € 50.000 a € 300.000,00	Da € 300.001 a € 500.000,00
18 – 65	L'Assicurando dovrà compilare il Questionario Sanitario. A fronte di una o più risposte positive fornite dall'Assicurando al Questionario Sanitario l'Assicuratore si riserva il diritto di accettare o meno la Proposta di Assicurazione e quindi la stipulazione della Polizza.	L'Assicurando dovrà: <ul style="list-style-type: none"> ▪ effettuare Visita Medica e fornire il Rapporto di visita medica debitamente compilato; ▪ trasmettere all'Assicuratore la seguente documentazione sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> - analisi completa del sangue: emoglobina glicosilata, creatinemia, azotemia, AST, ALT, CGT, colesterolo totale, trigliceridi, HDL, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV; - esame completo delle urine
66 – 75	L'Assicurando dovrà: <ul style="list-style-type: none"> ▪ effettuare Visita Medica e fornire il Rapporto di visita medica debitamente compilato; ▪ trasmettere all'Assicuratore la seguente documentazione sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> - analisi completa del sangue: emoglobina glicosilata, creatinemia, azotemia, AST, ALT, CGT, colesterolo totale, trigliceridi, HDL, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV; - esame completo delle urine 	

Resta fermo che qualora per la Garanzia Decesso per ogni causa sia stata espletata la formalità assuntiva prevista per l'Assicurato con Età assicurativa compresa tra 66 e 75 anni o quella prevista per Capitale Assicurato compreso tra Euro 300.000,01 ed Euro 500.000,00, nel caso in cui venisse opzionata la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia non sarà necessario integrare la documentazione sanitaria richiesta per l'assunzione del Rischio, fatto salvo il diritto dell'Assicuratore a richiedere ulteriore documentazione.



ART. 3 - LIMITI DI INDENNIZZO

L'Indennizzo massimo non potrà superare, in caso di Decesso o Invalidità Permanente Totale, Euro 500.000,00 per singolo Sinistro.

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

ART. 4 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, salvo le diverse disposizioni previste dalle singole prestazioni di Assistenza. La Garanzia Invalidità Permanente Totale deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

ART. 5 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.

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

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dall'Assicuratore all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

ART. 6 - EFFETTO, DURATA E DISDETTA DEL CONTRATTO - PREMIO

La Durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 40 anni, a condizione che l'Età assicurativa dell'Assicurato non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa.

Fermi i termini di Carenza di cui agli Artt. 30 e 35 - "Termini di Carenza", l'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se – espletate le formalità assuntive e ricevuta l'accettazione da parte dell'Assicuratore - è stato pagato il Premio ; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

Se il Contraente non paga il Premio, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., in senso più favorevole al Contraente stesso, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21°, anziché il 15°, giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Nel caso in cui il pagamento del Premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di Carenza di cui agli Artt. 30 e 35 - "Termini di Carenza" vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo il cui importo è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente mediante addebito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice, dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto dell'Assicuratore.

In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi Premi annui andranno addebitati tramite SEPA Direct Debit Core a favore dell'Assicuratore sul conto corrente riportato nella Proposta di Assicurazione o, laddove variato, sul conto corrente che sarà comunicato all'Assicuratore.

È escluso il pagamento del Premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Il Premio annuo è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali, trimestrali, bimensili e mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio su base mensile, è consentito esclusivamente a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 10,00.

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

Il Premio delle Garanzia Decesso da qualsiasi causa dipende dal Capitale Assicurato, dalla durata del contratto, dall'Età assicurativa dell'Assicurato.

Il Premio della Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia dipende dal Capitale Assicurato.

Il Premio della Garanzia Assistenza alla persona è costante per tutta la durata.



ART. 6.1 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE

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

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

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

ART. 6.2 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

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

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

ART. 6.3 – CESSAZIONE DELLE GARANZIE

Tutte le Garanzie cessano al verificarsi di uno, in ordine cronologico, dei seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato;
2. Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato;
3. raggiungimento del 80° anno di Età assicurativa dell'Assicurato;
4. perdita da parte dell'Assicurato inizialmente designato nella Proposta di Assicurazione di uno dei requisiti di cui all'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
5. esercizio del diritto di Recesso da parte del Contraente.

Resta fermo che, qualora sia stata opzionata la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia, la stessa cessa al raggiungimento del 65° anno di Età assicurativa da parte dell'Assicurato. L'Assicurato resterà in copertura, per tutta la restante parte di durata del Contratto, per la sola Garanzia Decesso. Pertanto, il Premio sarà ricalcolato per la sola Garanzia Decesso da ogni causa.

ART. 7 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

ART. 8 - DIRITTO DI REVOCA E RECESSO

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

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

Il Contraente comunica all'Assicuratore la propria volontà di Revoca e Recesso, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata.

L'esercizio della Revoca o del Recesso libera il Contraente da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dal Contraente.

L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le Garanzie dei Rami Danni).

ART. 9 - BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Per la garanzia Decesso da ogni causa: i Beneficiari della Prestazione Assicurata sono i soggetti designati dal Contraente o in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia: il Beneficiario è l'Assicurato.

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



ART. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 11 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'Assicurato sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e producono effetti dal momento in cui pervengono all'Assicuratore, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il contratto. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate presso i recapiti indicati dal Contraente sulla Proposta di Assicurazione.

ART. 12 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati come di seguito descritto:

Per la Garanzia caso Decesso da ogni causa

In caso di Decesso, il Contraente deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito dell'Assicuratore in versione sempre aggiornata) a:

- Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia (tramite lettera raccomandata A/R)
- claims@netinsurance.it (tramite email)
- +39 0697625707 (tramite Fax)

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

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo Denuncia di Sinistro.

L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro. 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 dell'Assicuratore il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

L'Assicuratore esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di seguito specificata, riguardante ogni Garanzia.

Conseguentemente, il Contraente riconosce fin da ora che l'Assicuratore sarà liberato dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'Indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.

Per informazioni relative ai Sinistri, il Contraente potrà rivolgersi a:

- Numero Verde 800 9366 83 (Contact Center)
- Sito: www.netinsurance.it/wecare
- Email: wecare@netinsurance.it
- Fax + 39 06 97625707

Per la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

In caso di Sinistro, il Contraente deve darne avviso all'Assicuratore 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 all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice.

Il Contraente, 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 dell'Assicuratore in versione sempre aggiornata) a:

- Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia (tramite lettera raccomandata A/R)
- claims@netinsurance.it (tramite email)
- +39 0697625707 (tramite Fax)

unitamente alla documentazione di cui all'art. 12.2 delle Condizioni di Assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.



Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo Denuncia di Sinistro.

L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro. 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 dell'Assicuratore il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

L'Assicuratore esegue i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di seguito specificata, riguardante ogni Garanzia.

Conseguentemente, il Contraente riconosce fin da ora che l'Assicuratore sarà liberato dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'Indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.

Per informazioni relative ai Sinistri, il Contraente potrà rivolgersi a:

- Numero Verde 800 9366 83 (Contact Center)
- Sito: www.netinsurance.it/wecare
- Email: wecare@netinsurance.it
- Fax + 39 06 97625707

Per la Garanzia Assistenza

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

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

- dall'Italia al numero: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49

se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:

- EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A., Via del Mulino. 4 – 20057 – Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

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

ART. 12.1 - DECESSO

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito dell'Assicuratore, in versione sempre aggiornata) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
- dati 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, l'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere l'autentica della firma del richiedente.

L'Assicuratore 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 l'Assicuratore ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del Sinistro;
- consentire all'Assicuratore di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

ART. 12.2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito dell'Assicuratore in versione sempre aggiornata) 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;
- descrizione delle modalità di accadimento dell'Infortunio, con evidenza della data e del luogo in cui si è verificato;
- 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;
- certificato di Pronto Soccorso;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

ART. 12.3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

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

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

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

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

ART. 13 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'art. 1910 c.c..

ART. 14 - PROVA

È a carico di chi richiede l'Indennizzo provare che sussistono gli elementi che valgono a costituire il suo diritto.



ART. 15 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI – TITOLARITÀ DEI DIRITTI E DEGLI OBBLIGHI NASCENTI DALLA POLIZZA

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c.

ART. 16 - RISCATTO E RIDUZIONE

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

ART. 17 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Allo stato della normativa, il Premio della Garanzia Vita non è soggetto ad imposta.

ART. 18 - GIURISDIZIONE, PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE, FORO COMPETENTE

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

ART. 19 - LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

ART. 20 - TERMINE DI PRESCRIZIONE

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

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

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

ART. 21 - 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. 22 - 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 Invalidità Permanente Totale:

- 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

Condizioni di Assicurazione – NET TCM

Polizza multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



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 dell'Assicuratore 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. 23 - CESSIONE DEI DIRITTI

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalle coperture di cui al presente Contratto

ART. 24 - 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 del Contraente.

ART. 25 - SANZIONI

In nessun caso l'Assicuratore sarà tenuto 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. 26 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE – GLOSSARIO

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

SEZIONE 1 – DECESSO DA OGNI CAUSA

La seguente Garanzia obbligatoria per dar seguito al Contratto è valida se è stato pagato il relativo Premio

A. GARANZIA DECESSO DA OGNI CAUSA

ART. 27 - LIMITI DI ETÀ

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'Assicurato deve avere un'Età assicurativa compresa tra 18 e 75 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 80 anni di Età assicurativa.

ART. 28 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E CAPITALE ASSICURATO

L'Assicuratore garantisce in caso di decesso dell'Assicurato da ogni causa, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, la corresponsione del Capitale Assicurato in unica soluzione al Beneficiario.

Il Capitale Assicurato, che non può essere superiore ad € 500.000,00 per ciascun Assicurato, viene indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e si intende costante per tutta la durata dell'Assicurazione.

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

ART. 29 - ESCLUSIONI

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

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

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;



- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;
- suicidio o tentato suicidio da cui ne consegue il decesso dell'assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'Assicurazione;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altra patologia ad essa collegata, se il decesso avviene nei primi cinque anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione;
- Malattie, malformazioni, stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
- viaggi in paesi a Rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

È inoltre esclusa dall'Assicurazione la morte causata da:

- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di attività sportive professionistiche;
- pratica di sport aerei in genere;
- pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4.000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno; torrentismo; vela transoceanica, bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.
- attività professionale pericolosa che comporti:
 - contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche;
 - lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in Garanzia l'edilizia fino a 15 m di altezza);
 - lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
 - l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, aviazione, corpi di protezione civile, (si intende inclusa in Garanzia l'attività svolta da personale di supporto, amministrativo, d'ufficio, senza viaggi all'estero o mansioni pericolose).

ART. 30 – TERMINI DI CARENZA

La copertura non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei 180 giorni immediatamente successivi alla data di effetto dell'assicurazione.

Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute (con onere a suo carico) ed eliminare il periodo di Carenza di cui sopra.

Qualora la Carenza sia operante ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 180 giorni dalla Data di Decorrenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del Premio, il Capitale Assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.



La Carenza comunque non opera qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla data di Conclusione del contratto di assicurazione e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale Assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurando, in fase di assunzione del Rischio, dovesse effettuare un test sull'HIV con esito negativo.

ART. 31 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

SEZIONE 2 – INFORTUNI O MALATTIA

La seguente Garanzia opzionale è valida solo se è richiamata in Polizza e se è stato pagato il relativo Premio:

A. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 32 - LIMITI DI ETÀ

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'Assicurato deve avere un'Età assicurativa compresa tra 18 e 60 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 65 anni di Età assicurativa.

ART. 33 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E CAPITALE ASSICURATA

In caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nelPeriodo di durata dell'Assicurazione, che comportino per l'Assicurato un'Invalidità riduttiva in modo permanente - della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo - di grado pari o superiore al 60% della totale diagnosticata - successivamente alla Data di Decorrenza della Polizza e, comunque non oltre la scadenza della stessa - fermi i termini di Carenza, l'Assicuratore garantisce al Beneficiario il pagamento di un importo pari Capitale Assicurato.

L'Invalidità Permanente Totale 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 Capitale Assicurato, che non può essere superiore al Capitale Assicurato per la Garanzia Decesso e comunque con il limite di € 500.000,00 per ciascun Assicurato e per Sinistro, viene indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e si intende costante per tutta la durata dell'Assicurazione.

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 Permanente Totale resterà acquisito dall'Assicuratore.

Nel caso in cui venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato, il Contratto assicurativo cessa.

ART. 34- ESCLUSIONI

La Garanzia è esclusa in caso di Invalidità Permanente e Totale dell'Assicurato derivante da:

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;



- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;
- suicidio o tentato suicidio da cui ne consegue il decesso dell'assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'Assicurazione;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altra patologia ad essa collegata, se il decesso avviene nei primi cinque anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione;
- Malattie, malformazioni, stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
- viaggi in paesi a Rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

È inoltre esclusa dall'Assicurazione la morte causata da:

- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di attività sportive professionistiche;
- pratica di sport aerei in genere;
- pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4.000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno; torrentismo; vela transoceanica, bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.
- attività professionale pericolosa che comporti:
 - contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche;
 - lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in Garanzia l'edilizia fino a 15 m di altezza);
 - lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
 - l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, aviazione, corpi di protezione civile, (si intende inclusa in Garanzia l'attività svolta da personale di supporto, amministrativo, d'ufficio, senza viaggi all'estero o mansioni pericolose).

ART. 35- TERMINI DI CARENZA

La Garanzia opera con una Carenza di 90 giorni

ART. 36 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, si richiama quanto indicato al precedente art. 12.2

SEZIONE 3 – ASSISTENZA

La seguente Garanzia obbligatoria per dar seguito al Contratto è valida se è stato pagato il relativo Premio



A. GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

ART. 37- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Nei limiti dei Massimali previsti, le prestazioni che seguono vengono fornite con esclusione delle spese che l'Assicurato avrebbe comunque dovuto sostenere e che pertanto restano a suo carico.

CONSULENZA MEDICA

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

Si precisa che tale consulto, considerate le modalità di Prestazione del servizio non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

MYCLINIC

MyClinic Europ Assistance è un insieme di servizi di assistenza medica a distanza, attivi 24 ore su 24, forniti attraverso una piattaforma digitale, denominata MyClinic Europ Assistance, con accesso via Web.

Per collegarsi alla piattaforma occorre: collegarsi al sito <https://netinsurance.myclinic.europassistance.it> ed accedere alla propria area personale mediante le proprie credenziali ricevute via e-mail.

Puoi utilizzare la piattaforma solo se sei maggiorenne e se accetti le condizioni d'uso della stessa.

Prestazioni:

1. VALUTAZIONE DEI SINTOMI TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

L'Assicurato, accedendo alla sua area personale potrà, in totale autonomia, usufruire di un programma di autovalutazione che l'aiuterà a comprendere i suoi sintomi e gli indicherà probabili cause e i possibili comportamenti da tenere. In seguito all'autovalutazione dei sintomi, l'Assicurato può approfondire il proprio stato di salute attraverso la richiesta di un Consulto Medico.

Il risultato dell'autovalutazione non è una diagnosi, quindi ricordiamo che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

2. CONSULTO MEDICO TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

A seguito all'autovalutazione dei sintomi, per approfondire il proprio stato di salute, l'Assicurato potrà accedere alla propria area personale e richiedere un CONSULTO MEDICO GENERICO 24 ore su 24 ai medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. L'Assicurato potrà inoltre completare la sua cartella salute per condividere i propri dati durante il consulto medico.

il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi, quindi si ricorda che per una corretta valutazione del proprio stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

3. CARTELLA SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla propria area personale, l'Assicurato potrà archiviare tutti i dati sulla propria salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei suoi parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura) e tenere traccia dello storico, inserire i farmaci assunti.

La cartella salute è disponibile per consultare e/o scaricare i propri dati autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento. L'Assicurato Potrà inoltre completare la propria cartella salute per condividere i propri dati durante il consulto medico.

4. PASSAPORTO SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Se a seguito del consulto medico emerge la necessità di condividere i propri dati con un medico specialista all'estero, l'Assicurato potrà creare, dalla propria cartella salute, il suo passaporto salute traducendo in modo automatico i propri dati nelle lingue disponibili.

INVIO DI UN MEDICO GENERICO AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'Istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle



vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di Assistenza.

ART. 38 - ESCLUSIONI

Sono escluse le prestazioni conseguenti a:

- Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- Partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- aborto volontario non terapeutico;
- Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- Infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- Guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per Malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cure);
- Tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.

ART. 39 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITA'

La struttura Organizzativa non è responsabile dei danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

Si precisa inoltre che l'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie.



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

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati dalle Compagnie del Gruppo, 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 il Gruppo (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 tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalle Compagnie del Gruppo (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui il Gruppo è soggetto;



- 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 del Gruppo 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 del Gruppo per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza il Gruppo non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

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

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi delle Compagnie del Gruppo, 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 il Gruppo, 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 del Gruppo.



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 del Gruppo. 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, il Gruppo si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata al Gruppo – 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

7.2) 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;

7.3) 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

7.4) 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 – NET TCM

Polizza multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE



PROPOSTA NET TCM N. _____				
Intermediario	Cod. Filiale	Cod.Prod.	Matricola Operatore	
_____	_____	_____	_____	
DATI DEL CONTRAENTE				
Cognome e Nome _____				
Nato a _____			il _____	
Codice fiscale _____				
Residente in (via, piazza, ecc.) _____			n. civico _____	
Città e provincia _____ () _____			c.a.p. _____	
Indirizzo e-mail _____			n. cellulare _____	
DATI DI POLIZZA ASSICURATIVA				
Data decorrenza polizza _____		Data scadenza polizza _____		
Scadenza prima quietanza _____		Durata del contratto: Anni e giorni _____		
Frazionamento _____		Tacito rinnovo _____		
		SI _____ Polizza sostituita _____		
Condizioni di assicurazione operanti: Mod. NL/NET/0137/01 Ed. 12.2021				
Modalità di Pagamento: _____				
IBAN del Contraente: _____				
PREMIO TOTALE				
IMPORTO RATA ALLA FIRMA				
PREMIO IMPONIBILE		IMPOSTE		PREMIO LORDO
€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	
IMPORTO RATE SUCCESSIVE				
PREMIO IMPONIBILE		IMPOSTE		PREMIO LORDO
€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	
DATI ASSICURATO (se diverso da Contraente)				
ASSICURATO				
(Cognome e Nome) _____				
Nato a _____			il _____	
Codice fiscale _____				
Residente in (via, piazza, ecc.) _____			n. civico _____	
Città e provincia _____ () _____			c.a.p. _____	
Indirizzo e-mail _____			n. cellulare _____	
GARANZIE ASSICURATE				
<input checked="" type="checkbox"/> Decesso per ogni causa		<input checked="" type="checkbox"/> Assistenza alle persone		<input type="checkbox"/> Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia
PREMIO relativo ad ogni singola garanzia				
GARANZIE	CAPITALE ASSICURATO	PREMIO ANNUO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO ANNUO LORDO IMPOSTE
Decesso per ogni causa	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Assistenza alle persone	Vedi condizioni di assicurazione	€ _____	€ _____	€ _____
Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

Condizioni di Assicurazione – NET TCM

Polizza multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



BENEFICIARIO DELLA GARANZIA DECESSO PER OGNI CAUSA

AVVERTENZE:

- in caso di mancata compilazione dello spazio dedicato all'indicazione dei dati anagrafici del beneficiario, l'Assicuratore potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario;
- la modifica o la revoca del beneficiario indicato nominativamente deve essere comunicata all'impresa.

BENEFICIARIO IN FORMA NOMINATIVA

Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Indirizzo Comune CAP Provincia _____
Codice Fiscale Cell. E-mail _____

BENEFICIARIO IN FORMA NON NOMINATIVA

Il sottoscritto Contraente della presente polizza dichiara espressamente di voler identificare il Beneficiario in forma non nominativa ed a tale proposito indica quale Beneficiari:

EREDI LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Il sottoscritto Contraente della presente polizza, DA' IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO all'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima del decesso dell'Assicurato.

Luogo e data _____ Il Contraente _____

REFERENTE TERZO DIVERSO DAL BENEFICIARIO

Nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, può identificare un referente terzo, diverso dal Beneficiario, a cui l'Assicuratore potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Indirizzo Comune CAP Provincia _____
Codice Fiscale Cell. E-mail _____

Luogo e data _____ Il Contraente _____

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto Contraente:

- dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo Mod. NL/NET/0137 - Ed. 12/2021 predisposto da Net Insurance S.p.A., contenente il Documento Informativo Precontrattuale, il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo, il Glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac – Simile della Proposta di Assicurazione e di accettare i documenti ivi contenuti come parte integrante del Contratto di Assicurazione

Luogo e data _____ Il Contraente _____

- dichiara ai sensi dell'art.56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 di aver preso visione
 - dell'Allegato 4 TER - ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE e di aver ricevuto
 - l'Allegato 3 – INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE,
 - l'Allegato 4 – INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP, da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- di autorizzare l'addebito del premio annuo e quello relativo agli anni successivi, in caso di polizza con durata superiore ad un anno, sul proprio conto corrente indicato nella presente polizza.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Condizioni di Assicurazione – NET TCM

Polizza multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



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

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Mandato per addebito diretto Sepa (SDD)

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia a richiedere alla Banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente;
- la Banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione (Mod. NL/NET/0137 - Ed. 12/2021):

Art. 1 "Garanzie prestate" – Art. 2 "Requisiti di assicurabilità e formalità assuntive" – Art. 2.1 "Norme assuntive" – Art. 3 "Limiti di indennizzo" – Art. 4 "Validità territoriale" – Art. 5 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" – Art. 6 "Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio" – Art. 6.1 "Mancato pagamento del premio : Risoluzione" – Art. 6.3 "Cessazione delle garanzie" – Art. 10 "Modifiche dell'assicurazione" – Art. 12 "Denuncia del sinistro e obblighi della Contraente" – Art. 14 "Prova" – Art. 27-32 "Limiti di età" – Art. 29-34 "Esclusioni" – Art. 30-35 "Termini di carenza" – Art. 31-36 "Denuncia del sinistro ed obblighi relativi".

Luogo e data _____

Il Contraente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - CONTRAENTE

Il/La sottoscritto/a nato/a _____ il _____ e-mail _____ nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy:

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

presta il consenso

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

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

presta il consenso

nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte di Net Insurance 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 Net Insurance e di altre Compagnie del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

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

presta il consenso

nega il consenso

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Condizioni di Assicurazione – NET TCM

Polizza multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



DICHIARAZIONE ASSICURATO

Il Sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

Luogo e data _____

Assicurato _____

QUESTIONARIO SANITARIO ASSICURATO

Avvertenze:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- L'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con l'evidenza del costo a suo carico

DATI ANAGRAFICI	
Cognome e Nome	_____
Nato a	_____ Il _____
Codice fiscale	_____

QUESTIONARIO SANITARIO (da compilarsi a cura dell'Assicurato)		
1. La differenza tra la Sua altezza in centimetri e il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120 (ad es. altezza 175cm – peso 70Kg = 105)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Peso:		
Altezza:		
2. Negli ultimi 5 anni si è sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse da ipercolesterolemia, ipertensione o da malattie della tiroide, menopausa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Ha mai sofferto (e se si quando) o attualmente soffre di:		
Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa (instabile seppur in trattamento farmacologico con valori superiori a 140/90)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi per un motivo diverso da varicectomia, appendicectomia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5. Ha in atto qualche sintomatologia persistente (ad esempio dolori al petto, costipazione, sangue nelle feci, tosse, tumefazioni, noduli, rigonfiamenti, emicranie, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento ghiandole linfatiche) per la quale intende sottoporsi a degli accertamenti sanitari?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Condizioni di Assicurazione – NET TCM

Polizza multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



6. E' in attesa di ricevere gli esiti degli esami già eseguiti (Risonanza magnetica, TAC, radiografie, ecografie, test funzionalità epatica, marker epatite, fondo oculare, ECG, elettroencefalogramma, mammografia, analisi delle urine, esami del sangue) o diagnosi per una sintomatologia persistente di cui alla domanda 3	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. Percepisce o ha in corso la richiesta per ottenere assegni o pensioni di invalidità almeno del 10% derivanti da malattie riconosciute da compagnie di assicurazione, INAIL, INPS o altri organi di previdenza e/o assistenza?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. Attualmente soffre o è in attesa di ricevere una diagnosi di malattia neurologica (epilessia, meningite, miastenia, neuropatia periferica, sclerosi multipla, qualsiasi forma di demenza, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, morbo di Huntington, malattia del motoneurone)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9. Negli ultimi 3 mesi è risultato positivo al Covid19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. Negli ultimi 3 mesi è stato invitato dal proprio medico a mettersi in autoisolamento per presenza di sintomi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11. Negli ultimi 3 mesi è stato invitato a mettersi in autoisolamento a causa del Covid19 (sono escluse tutte le restrizioni del Governo che obbligano a rimanere a casa)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12. Negli ultimi 3 mesi ha avuto tosse persistente, febbre, aumento della temperatura o è stato in contatto con una persona per la quale si sospetta abbia contratto il Covid19 oppure sia stato confermato il contagio da Covid19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Luogo e data _____

Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – ASSICURATO (se diverso da Contraente)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e-mail _____ nella sua qualità di interessato, letta e compresa
l'informativa privacy:

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

presta il consenso

- d) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inciderà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Gruppo:
- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte di Net Insurance (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di Net Insurance e di altre Compagnie del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte di Net Insurance 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 Net Insurance e di altre Compagnie del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

presta il consenso

nega il consenso

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

presta il consenso

nega il consenso

Luogo e data _____

Assicurato _____



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 1 (Decesso per qualsiasi causa):

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

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 2 (Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia):

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

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 3 (Assistenza):

- dall'Italia al numero: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49

se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:

- EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A., Via del Mulino, 4 – 20057 – Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SEZIONE 1 (Decesso per qualsiasi causa) E ALLA SEZIONE 2 (Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia)

- Numero Verde: 800 9366 83 (Contact Center)
- Sito: www.netinsurance.it/wecare
- Email: wecare@netinsurance.it
- Fax + 39 06 97625707

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SEZIONE 3 (Assistenza):

- Casella di posta: EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A., Via del Mulino, 4 – 20057 – Assago (MI)
- Numero: 800 542 009 per chi chiama dall'Italia oppure +39 02 58286549 per chi chiama dall'estero
- Fax +39.02.58.47.72.01

PER INOLTRE UN RECLAMO

- Net Insurance Life S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA (Garanzia Decesso per qualsiasi causa)
- Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA (Garanzia invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia)
- Fax +39 06 89326570
- PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it