Polizza Collettiva

AssiMutui

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

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

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 05/2021
"PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

Credit Protection Insurance

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

Compagnia: NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Prodotto: AssiMutui

Data ultimo aggiornamento: 05-2021

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

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

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

- **Decesso**

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

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

Opzione Contrattuale	Coperture assicurative			
	Decesso	Invalidità Totale e Permanente	Inabilità Temporanea Totale	Perdita d'Impiego
Opzione 1	Sì	Sì	No	No
Opzione 2	Sì	Sì	Sì	No
Opzione 3	Sì	Sì	No	Sì

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

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

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

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

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:

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

Inoltre:

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

Ci sono limiti di copertura?

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

- dolo del Beneficiario e dell'Aderente/Assicurato;
- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

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

Come e quando devo pagare?

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con:

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

a condizione che siano stati compilati, datati e sottoscritti: la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia; sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta; ci sia stata l'accettazione da parte delle Compagnie; sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale.

La durata delle coperture assicurative:

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

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

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

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

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? Sì ☐ NO ☒

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

Credit Protection Insurance

Documento Informativo precontrattuale dei contratti assicurativi danni
Compagnia: NET INSURANCE S.p.A.
Prodotto: AssiMutui

Data ultimo aggiornamento: 05-2021

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

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

Che cosa è assicurato?

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

- ✓ **Invalidità Totale e Permanente di grado uguale o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro.

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

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari alle rate mensili del Mutuo che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo Indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale.

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

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro.
  Perdita d'Impiego - Indennizzo pari alle rate mensili del Mutuo erogato dalla Contraente, che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo Indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Disoccupazione.

Per tutte le opzioni e per tutte le garanzie, nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Mutuo (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile chi:

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

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

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

Inoltre:

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

Ci sono limiti di copertura?

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

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

Principali esclusioni per la garanzia perdita d'impiego:

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

	rapporto di lavoro; ! l'Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (Lavori Socialmente Utili); ! la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa.

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

- ***All'inizio del contratto:*** alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione, l'Aderente/Assicurato deve compilare il questionario medico semplificato e, se richiesto, il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo**.**
- ***Durante il corso del contratto:*** l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia eventuali modifiche riguardanti il proprio status professionale sapendo che: (i) la copertura Invalidità Totale e Permanente (presente in tutte e tre le opzioni) resta in vigore senza alcuna modifica; (ii) le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego (operante in funzione del tuo status professionale a seconda dell'opzione sottoscritta) cessano la propria efficacia e la compagnia ti rimborserà la relativa parte di premio non goduta. In alternativa, può optare per l'attivazione della nuova garanzia corrispondente al nuovo status professionale dietro corresponsione del relativo premio.
- ***In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro***: l'Aderente/Assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.

Quando e come devo pagare?

La copertura assicurativa viene prestata dietro pagamento da parte dell'Aderente/Assicurato di un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa, solo per i mutui già erogati, è possibile optare per il pagamento di un premio di durata annuale con tacito rinnovo per tutta la durata del mutuo.
Limitatamente alla garanzia perdita d'impiego, in caso di durata del mutuo superiore ai 10 anni, la copertura prevede il pagamento di un premio unico anticipato per i primi 10 anni; a partire dall'undicesimo anno, è previsto il pagamento di un premio di durata annuale con tacito rinnovo, secondo quanto stabilito dalle condizioni tariffarie concordate al momento dell'adesione, per la restante durata residua del mutuo e sino al tuo pensionamento (se antecedente a quest'ultima).
Il pagamento del Premio avviene tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con:

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

a condizione che siano stati compilati, datati e sottoscritti: la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia; sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta; ci sia stata l'accettazione da parte delle Compagnie; sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale.
La durata delle coperture assicurative:

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

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

Come posso disdire il contratto?

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

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

Assicurazione *Credit Protection Insurance*

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: AssiMutui

Data ultimo aggiornamento: 05-2021

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso)
Net Insurance Life S.p.A. – So cietà 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.netinsurance.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 (garanzie Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego)
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 (TUTTE LE OPZIONI):** l'importo massimo liquidabile è pari ad €1.000.000,00 per ciascun Assicurato. Dal calcolo del debito residuo del Mutuo sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.)

Ramo Danni

- **Invalidità Totale e Permanente di grado pari o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia (TUTTE LE OPZIONI):** l'importo massimo liquidabile è pari a € 1.000.000,00 per ciascun Assicurato. Dal calcolo del debito residuo del finanziamento sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate o quote di rate insolute).
- **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (OPZIONE 2):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo € 2.000,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.
- **Perdita d'Impiego (OPZIONE 3):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo € 2.000,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

Esclusioni garanzia ***Decesso*** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
  - eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- atti volontari di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Aderente/Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

Inoltre, è escluso il Decesso causato da:

- uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;

- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado della scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
- svolgimento delle seguenti attività professionali:
- esponenti delle Forze dell'Ordine, quando in servizio attivo all'Estero
- attività circensi e stuntman
- attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

Rami Danni

Esclusioni garanzia ***Invalidità Totale Permanente*** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

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

Esclusioni garanzia ***Inabilità Temporanea Totale*** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di

intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
  - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
  - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;

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

Esclusioni garanzia ***Perdita d'Impiego*** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):
- il licenziamento è dovuto a giustificato motivo soggettivo;
- risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- il licenziamento è dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- il licenziamento è tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- i contratti di lavoro sono stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolato dalla Legge italiana;
- all'atto dell'adesione l'Assicurato è a conoscenza della prossima Disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di Disoccupazione;
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento.

Altre limitazioni per la garanzia ***Inabilità Temporanea Totale***:
- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60gg. consecutivi di inabilità)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due sinistri ai fini della indennizzabilità anche del sinistro successivo: 90 giorni

Altre limitazioni per la garanzia ***Perdita d'Impiego***:
- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60gg. consecutivi di disoccupazione)
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due sinistri ai fini della indennizzabilità anche del sinistro successivo: 90 giorni

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

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

	Denuncia di sinistro: I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati

Che cosa devo fare in caso di evento?	**Per la garanzia Decesso**, gli aventi causa possono compilare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento), e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a: **NET INSURANCE LIFE S.p.A.** **c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano** **oppure utilizzando:** **e-mail: sinistri-cbp@cbp-italia.eu** **o in alternativa i numeri di telefono 02 / 6882691 o di fax 02 / 688 269 40** **Per la garanzia Invalidità Totale Permanente**, **Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego**, l'Assicurato deve darne avviso alla Compagnia entro e non oltre il termine indicato nel comma successivo. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile. L'Assicurato, non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento dell'evento assicurato, deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) mediante lettera raccomandata A/R a: **NET INSURANCE S.p.A.** **c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano** **oppure utilizzando:** **e-mail: sinistri-cbp@cbp-italia.eu** **o in alternativa i numeri di telefono 02 / 6882691 o di fax 02 / 688 269 40** **DECESSO PER QUALSIASI CAUSA** • 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. **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. **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE:** - copia di un valido documento di identità dell'Aderente/Assicurato; - dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante; - copia del certificato del Pronto Soccorso; - copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica; - copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione; - i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale); - dichiarazione sottoscritta dall'Aderente/Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN. **PERDITA D'IMPIEGO:** - copia di un valido documento di identità dell'Aderente/Assicurato; - copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro; - copia della lettera di assunzione o certificazione equipollente; - copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese; - certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego); - copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Aderente/Assicurato sia in regime di CIGS); - attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Aderente/Assicurato sia in regime di CIGS); - dichiarazione sottoscritta dall'Aderente/Assicurato con indicati intestatario del conto corrente Bancario e codice IBAN.
	Prescrizione garanzia VITA: 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.
	Prescrizione garanzie DANNI: 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
	Liquidazione delle prestazioni: L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti il comportamento dell'Aderente/Assicurato relativamente a fatti o circostanze tali da comportare un aggravamento del rischio, l'Impresa si riserva di applicare quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 c.c.

Quando e come devo pagare?

Premio	L'Aderente/Assicurato è tenuto a pagare: • un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa solo per il caso di Mutui già erogati, potrà optare per il pagamento di un premio di Durata annuale con tacito rinnovo per la durata del mutuo; • limitatamente alla garanzia perdita d'impiego, in caso di durata del mutuo superiore ai 10 anni, la copertura prevede il pagamento di un premio unico anticipato per i primi 10 anni; a partire dall'undicesimo anno, è previsto il pagamento di un premio di Durata annuale con tacito rinnovo, secondo quanto stabilito dalle condizioni tariffarie concordate al momento dell'adesione, per la restante durata residua del mutuo e sino al tuo pensionamento (se antecedente a quest'ultima).
Rimborso	L'Aderente/Assicurato ha diritto al rimborso del premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recede dal contratto entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza. Limitatamente alle Polizze a premio unico anticipato, nel caso di estinzione anticipata del mutuo, salvo il caso in cui l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria, le Imprese restituiranno la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria in caso di estinzione totale o alla proporzionale riduzione del rischio in caso di estinzione parziale.
Sconti	Non sono previsti sconti di premio applicabili al presente contratto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi: • Data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del mutuo; • scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Aderente/Assicurato; • estinzione anticipata del mutuo o portabilità laddove l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria del contratto; • liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso o Invalidità Totale Permanente; • compimento da parte dell'Aderente/Assicurato dei 75 anni di età, se precedente alla Data di scadenza, per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente; • Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego). In caso di più Assicurati (assicurazione pro quota) la cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione dell'assicurazione a favore degli altri Assicurati. Per alcune garanzie è previsto il seguente Periodo di Carenza iniziale, durante il quale l'assicurazione non è operante: • Perdita d'Impiego: 60 giorni • Inabilità Temporanea Totale: 60 giorni
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

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

Revoca	La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di decorrenza.
Recesso	*In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.*
Risoluzione	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.*

A chi è rivolto questo prodotto?

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

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Si riporta di seguito l'informativa dettagliata sui costi:

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

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

Costi di intermediazione

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

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

del costo stesso.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: per la Copertura Vita (Decesso): Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA • Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it; • Fax: 06.89326.570 per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA • Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it; • Fax: 06.89326.570 I reclami saranno riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.
All'IVASS	In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o di assenza di riscontro da parte dell'Impresa 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.

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	• 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%. • Sui premi versati alla Compagnia aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia entro il limite massimo di € 530,00, in base alla normativa vigente alla data di redazione della presente Polizza collettiva, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF attualmente del 19% dei Premi stessi.

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

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

PER QUESTO CONTRATTO L' IMPRESA ASSICURATRICE DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.

Condizioni di Assicurazione – Assimutui

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

Sommario

GLOSSARIO **3**

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE **2**

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

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

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA **13**
ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA 13
ART. 35 ESCLUSIONI 14
ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 15

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE **15**
ART. 37 PRESTAZIONI ASSICURATE 15
ART. 38 ESCLUSIONI 15
ART. 39 DENUNCE SUCCESSIVE 16
ART. 40 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 16

ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO **16**
ART. 41 PRESTAZIONI ASSICURATE 16

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

ART. 42 ESCLUSIONI 17
ART. 43 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 17
ART. 44 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 17

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI **1**
1) Titolare del trattamento dei dati 1
2) Tipologia e fonte dei dati 1
3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati 1
4) Modalità del trattamento dei dati 2
5) Destinatari dei dati 2
6) Periodo di conservazione dei dati 2
7) Diritti dell'Interessato 3

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE **1**

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO **1**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO **1**

CONTATTI UTILI **1**

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

Condizioni di Assicurazione – Assi*Mutui*

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

GLOSSARIO

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

Definizioni

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

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

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

Banca
Coincide con la Contraente.

Beneficiario
Beneficiario della prestazione per il caso di Decesso è la persona fisica o giuridica designata nella Richiesta di Adesione dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dalla Polizza Collettiva, quando si verifica il Sinistro.
Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego è l'Assicurato stesso.
Si specifica che il Beneficiario coincide sempre con l'intestatario del finanziamento qualora l'Assicurato coincida con il Garante del finanziamento stesso.

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

Carenza
Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia di Assicurazione Danni non corrisponde la prestazione assicurata.

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

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

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

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

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

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

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

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

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

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

Decesso

Il decesso è la morte dell'Assicurato.

Debito residuo

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

Disoccupazione

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

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

Durata della Copertura Assicurativa

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

Estero

Situato oltre i confini dello Stato italiano.

Franchigia

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

Garante

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

IVASS

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

Inabilità Temporanea Totale

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

Indennizzo

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

Infortunio

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

Invalidità Totale Permanente

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

Lavoratore Dipendente del settore Privato

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

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori Dipendenti:

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

Malattia

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

Malattie e patologie preesistenti

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

Non Lavoratore

La persona fisica che non sia Produttore di Reddito.

Normale attività lavorativa

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

Condizioni di Assicurazione – Assi*Mutui*

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

Parti

Le Compagnie Assicurative, la Contraente e l'Assicurato.

Pensionamento

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

Perdita d'Impiego

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

Periodo di Riqualificazione

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

Polizza/e Collettiva/e (o Contratto)

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

Pre-ammortamento

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

Premio

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

Produttore/i di reddito

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

Questionario Medico Semplificato/Questionario Anamnestico

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

Rata Mensile

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

Richiesta di Adesione

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

Sinistro

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA AssiMutui

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

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

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

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

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

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

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

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

ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Compagnie di Assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dalla Richiesta di Adesione, dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie di Assicurazione stesse.
Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

a) abbia stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente, di durata compresa tra 60 mesi e 360 mesi, ovvero figuri quale Garante rispetto al Contratto medesimo. Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'art.4 che segue;
b) sia di età non inferiore a 18 anni né superiore a 65 anni non compiuti alla data della sottoscrizione della Richiesta di Adesione, fermo restando che l'età massima a scadenza ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è di 75 anni non compiuti per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Totale Temporanea e

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

Perdita di Impiego;

c) abbia aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo e con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;
d) abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
e) abbia pagato il Premio unico anticipato (valido per i Finanziamenti di nuova erogazione e Finanziamenti già erogati) o il Premio annuale (valido per i Finanziamenti già erogati).

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

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

L'Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.
Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo art. 3.1.

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

Le operazioni di Finanziamento che prevedono la co-intestazione potranno essere coperte dalla presente Polizza Collettiva.
Si precisa che in caso di co-intestazione, potranno essere assicurate fino ad un massimo di due persone e l'importo totale/debito residuo del finanziamento potrà essere liberamente ripartito fra i Co-assicurati nel limite dell'importo stesso oppure potrà essere attribuita una percentuale pari al 100% dell'importo totale/debito residuo del Finanziamento ad entrambi gli Assicurati.
Nel caso di più Assicurati co-intestatari del medesimo finanziamento, la mancata accettazione da parte delle Compagnie di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per il rimanente Assicurato, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari almeno all'importo totale richiesto del Finanziamento e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

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

3.1 Norme assuntive

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

Ogni Adesione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- **Per capitali fino a Euro 200.000,00 (duecentomila/00):**
  - **Se l'età dell'Assicurato è pari od inferiore a 55 anni, al momento dell'Adesione dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel questionario, dovrà essere trasmesso alle Compagnie lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso;**
  - **Se l'età dell'Assicurato è superiore a 55 anni, al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alle Compagnie lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso.**
- **Per capitali compresi tra Euro 200.000,01 (duecentomila/01) ed Euro 400.000,00 (quattrocentomila/00), indipendentemente all'età dell'Assicurato, al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alle Compagnie lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso.**
- **Per capitali superiori a Euro 400.000,00 (quattrocentomila/00), indipendentemente all'età dell'Assicurato, al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alle Compagnie oltre allo specifico Questionario Anamnestico di cui sopra, dovrà essere trasmessa alle0 Compagnie tutta la seguente documentazione sanitaria:**
  - **Analisi del sangue: esame emocromocitometrico - piastrine - Velocità di eritro sedimentazione – Glicemia – creatinina – uricemia - colesterolo totale - HDL (Lipoproteine ad alta densità) - LDL (Lipoproteine a bassa densità) – trigliceride - transaminasi GOT/GPT - Gammaglutammiltransferasi - anticorpi anti HIV 1 e 2 - sierologia epatite virale B (antigeni HB – anti-HBs – anti HBc) - sierologia epatite virale C (anti VHC);**
  - **Esame cardiovascolare con resoconto medico**
  - **Elettrocardiogramma;**
  - **Analisi del PSA (semenogelasi/antigene prostatico specifico) esclusivamente per gli uomini la cui età**

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

all'Adesione supera i 50 anni;
- **Relazione medica.**

L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso.
La Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

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

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

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

ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

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

Per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale la durata coincide sempre con la durata originaria/durata residua del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 60 mesi e massimo di 360 mesi (incluso il periodo di pre-ammortamento).
Le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente terminano, in ogni caso, al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, mentre la garanzia Inabilità Temporanea Totale ha termine alla data di Pensionamento dell'Assicurato.

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

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

1. Decesso dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati co-intestatari del medesimo Finanziamento e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del finanziamento stesso;
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato. Nel caso in cui vi siano più Assicurati co-intestatari del medesimo Finanziamento e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento del Finanziamento stesso;
3. scadenza dell'Adesione;
4. scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Assicurato per Adesioni con durata annuale;
5. scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Assicurato per la garanzia Perdita d'Impiego;

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

6. raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente;
7. raggiungimento dell'età di Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego)
8. esercizio del diritto di recesso;
9. anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte dell'Assicurato (nel caso in cui lo stesso non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione);
10. surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Assicurato non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA

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

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

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

L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto:

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

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

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

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

ART. 9 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alle garanzie Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego è l'Assicurato; in riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto (o i soggetti) indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Assicurato all'interno della Richiesta di Adesione.
Si ricorda che, nel caso in cui l'Aderente/Assicurato coincida con il Garante, beneficiario irrevocabile della prestazione assicurata sarà il titolare del Finanziamento stipulato con la Contraente.
La Banca o l'intermediario finanziario possono essere designati come Beneficiari solo qualora il Contratto non sia intermediato dalla Banca o dall'intermediario finanziario stesso o da soggetti ad essi legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.
L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni comunicandolo per iscritto alle Compagnie o con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto.
Tuttavia, la designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

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

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

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Aderente/Assicurato o per suo conto dalla Contraente di

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

un Premio in via anticipata e in un'unica soluzione per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.
Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto, ovvero dell'importo residuo del debito in linea capitale del Finanziamento, in caso di Finanziamenti già erogati, e in base alla durata del Contratto di Finanziamento (espressa in mesi).
L'importo totale del Premio unico è pari alla somma della componente di Premio per la Copertura Decesso e delle componenti del Premio per le Coperture danni.
Il Premio, non frazionabile, viene versato dall'Assicurato al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente dell'Aderente.

ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

Nel caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento, salvo il caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria, le Compagnie di Assicurazione provvederanno alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria o alla proporzione del capitale rimborsato rispetto al Debito Residuo. Nei casi di surroga e rinegoziazione del Finanziamento, la copertura assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga/rinegoziazione del Contratto di Finanziamento.
La Contraente dovrà inviare alle Compagnie di Assicurazione comunicazione dell'anticipata estinzione totale/parziale/surroga del Contratto di Finanziamento, indicandone gli elementi economici atti al calcolo del rimborso, oltre alla modalità di rimborso gradita dall'Assicurato.
Le Compagnie di Assicurazione, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, restituiranno all'Assicurato la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto calcolata per quanto concerne il Premio inerente la Copertura Decesso:

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

dove:
R = Importo da rimborsare
C = Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione
D = Debito residuo al giorno immediatamente antecedente a quello in cui l'estinzione è avvenuta
P = Premio pagato per le coperture danni al netto delle imposte, degli eventuali diritti e di eventuali restituzioni a seguito di rimborsi per precedenti estinzioni parziali
H = % dei costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
N = Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi
K = Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi
J =Tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

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

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

dove:
R = Importo da rimborsare
C = Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione
D = Debito residuo al giorno immediatamente antecedente a quello in cui l'estinzione è avvenuta
P = Premio pagato per le coperture danni al netto delle imposte, degli eventuali diritti e di eventuali restituzioni a seguito di rimborsi per precedenti estinzioni parziali
H = % dei costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
N = Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi
K = Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi
J =Tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento

La parte di Premio rimborsata è pari alla somma:

- del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del Capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

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

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

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

- *per la Copertura Decesso:* NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;
- *per la Copertura Danni* (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;

Per la Copertura Caso Decesso la prestazione sarà erogata ai Beneficiari designati nella Richiesta di Adesione.
Per le Coperture danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI DELL'ADERENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati come di seguito descritto:

la garanzia caso Decesso

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

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

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

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

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego

In caso di Sinistro, l'Impresa Aderente deve darne avviso alla Compagnia entro e non oltre il termine indicato nel comma successivo.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art.1915 del Codice
Civile.
L'Impresa Aderente, non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento dell'evento assicurato, deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) mediante lettera raccomandata A/R a:

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

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

unitamente alla documentazione prevista agli artt. 12.2, 12.3, 12.4 delle Condizioni di Assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

NET INSURANCE LIFE S.p.A.
c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano
mail: sinistri-cbp@cbp-italia.eu
tel. 02 / 6882691
fax 02 / 688 269 40

Per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente) l'Assicurato potrà rivolgersi al seguente numero telefonico:

NET INSURANCE S.p.A.
c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano
mail: sinistri-cbp@cbp-italia.eu
tel. 02 / 6882691
fax 02 / 688 269 40

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete dei giustificativi richiesti elencati nel Modulo Denuncia di Sinistro.
Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.
Le Compagnie di Assicurazione eseguono i pagamenti delle prestazioni garantite entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa di seguito specificata, riguardante ogni garanzia.
Conseguentemente, la Contraente riconosce fin da ora che l'Assicuratore sarà liberato dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.

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

ART. 12.1 – DECESSO PER QUALSIASI CAUSA

- 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);

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

- 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 INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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

La documentazione andrà presentata al verificarsi del Sinistro e allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia di Assicurazione potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro.

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

ART. 12.4 PERDITA DI IMPIEGO

- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia della lettera di assunzione o certificazione equipollente;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente Bancario e codice IBAN.

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

ART. 12.5 DISPOSIZIONI COMUNI

Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere, direttamente all'Assicurato o agli aventi causa, ulteriori accertamenti medici o documentazioni atti ad una corretta valutazione del Sinistro.
L'Assicurato deve inoltre:
- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

− consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie, il cui costo sarà a totale carico delle Compagnie medesime.

ART. 13 DENUNCE SUCCESSIVE – SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

ART. 13.1 Inabilità Temporanea Totale

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

ART. 13.2 Perdita d'impiego

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

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

ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Verificatosi l'evento assicurato, le Compagnie di Assicurazione provvederanno ad effettuare il pagamento relativo alle prestazioni garantite dal presente Contratto entro i termini previsti dall'art. 12.
Conseguentemente, l'Assicurato riconosce fin da ora che le Compagnie di Assicurazione saranno liberate dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo ai Beneficiari designati (con riferimento alla copertura Decesso) o all'Assicurato stesso (con riferimento alle Coperture Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego).

ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 17 COMUNICAZIONI

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

ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva e a fornire agli Assicurati copia del presente Set Informativo.
Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.
La Contraente terrà indenni e manlevate le Compagnie di Assicurazione da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare loro dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Le Compagnie di Assicurazione rinunciano al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.
La Compagnia di Assicurazione che presta le Coperture danni rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili del Sinistro per le prestazioni da essa effettuate in forza del presente Contratto.

ART. 20 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 21 FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio dell'Assicurato o del Beneficiario, o dei loro aventi diritto, fermo l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'art. 5 del Decreto Legislativo n. 28 del 4/03/2010, come

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

modificato dall'Art. 84 della Legge 9 agosto 2013, n. 98, mediante il deposito di un'istanza da parte del diretto interessato presso un ente pubblico o privato abilitato e debitamente iscritto nel registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. Il procedimento di mediazione è soggetto a regime fiscale agevolato nei termini di cui agli artt. 17 e 20 del Dlgs 28/2010.

ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 23 RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:
per la Copertura Decesso:
Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Ufficio Reclami **-** Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

- Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it;
- Fax: 06.89326.570

per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego):
Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

- Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it;
- Fax: 06.89326.570

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

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), lei deve inviare una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nel modello Allegato 4, documento che le è stato consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.
L'intermediario si impegna a risponderle entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se lei non fosse soddisfatto della risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

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

ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI

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

ART. 25 CONTROVERSIE

Ferma restando la possibilità delle Parti, per la risoluzione di eventuali controversie, di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto della copertura prestata dal presente Contratto. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.
Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.
Le decisioni del Consiglio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ogni diritto nei confronti delle Compagnie di Assicurazione si prescrive entro il termine di dieci anni per la Copertura Vita e due anni per le Coperture Danni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.
Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Compagnie di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione; per la Copertura Vita, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.

ART. 27 SANZIONI

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

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

ART. 28 MODIFICHE ALLA RICHIESTA DI ADESIONE

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

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

ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

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

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

ART. 30 PRESTAZIONE ASSICURATE

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

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

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato, come previsto all'art. 4.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e il Premio pagato per la copertura in caso di Decesso resterà acquisito a NET INSURANCE LIFE S.p.A..
In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art. 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 31 ESCLUSIONI

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

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;**
- **abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;**
- **trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).**

Inoltre, è escluso il Decesso causato da:
- **uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;**
- **pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;**
- **uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;**
- **pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4,000m e/o oltre il III grado della scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;**
- **svolgimento delle seguenti attività professionali:**
  - **esponenti delle Forze dell'Ordine, quando in servizio attivo all'Estero**
  - **attività circensi e stuntman**
  - **attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.**

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

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

ART. 32 RISCATTO E PRESTITI

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

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA

La presente garanzia prevede, in caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nel periodo di Durata della Copertura Assicurativa, che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60%, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato eserciti o meno un'attività professionale, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato, salvo le limitazioni previste al successivo art. 35.
L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA".
La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, al netto di eventuali rate insolute. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

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

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

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

ART. 35 ESCLUSIONI

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

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;**
- **abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
  - **qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;**
  - **in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;**
- **infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
- **aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**
- **applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;**
- **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;**

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

- **attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.**

ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

ART. 37 PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 38.

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

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

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

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

ART. 38 ESCLUSIONI

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

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
  - **qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;**
  - **in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;**
- **infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
- **aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**
- **applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;**
- **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;**

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

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

ART. 39 DENUNCE SUCCESSIVE

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

ART. 40 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO (valida per i Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato) – OPZIONE 3

ART. 41 PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

la Compagnia di Assicurazione liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Finanziamento, pari all'importo delle Rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della Disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Disoccupazione, con il massimo di Euro 2.000,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale.

Fatte salve le limitazioni previste al successivo art. 42.

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

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

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

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

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

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

ART. 42 ESCLUSIONI

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

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

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

ART. 43 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'Impiego, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualificazione di 90 (novanta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo determinato o indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.
Nel caso in cui l'Assicurato, durante il periodo di erogazione della prestazione, si impieghi con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a 6 mesi, la Compagnia di Assicurazione provvederà a sospendere l'erogazione della prestazione ed a riprenderla al termine del periodo di lavoro a tempo determinato senza aprire un nuovo Sinistro per i mesi restanti al raggiungimento di 18 mensilità.

ART. 44 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato deve, entro 60 (sessanta) giorni dal verificarsi della Disoccupazione, comunicare alla Compagnia di Assicurazione la propria Disoccupazione inviando apposita comunicazione o il modulo Denuncia di Sinistro con allegata la documentazione specificata al precedente art. 12.4.
L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di Assicurazione in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 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 impartire da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui 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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

a conservare i dati personali:

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

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

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

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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE

Richiesta di adesione n°

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

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

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

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per Finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCA o sue partecipate o controllate _____ Euro

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

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

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per Finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite o sue partecipate o controllate _____ Euro

Il sottoscritto/I sottoscritti:

☐ **ADERENTE/ASSICURATO** - In qualità di intestatario/cointestatario/garante del Finanziamento richiesto n. , importo finanziato in linea capitale da erogare Euro, per una durata di mesi, presso BANCA – codice CAB filiale _____.

☐ **ADERENTE/ASSICURATO** - In qualità di intestatario/cointestatario/garante del Finanziamento in corso n. , importo residuo del debito in linea capitale assicurato Euro, per una durata residua di mesi, presso BANCA – codice CAB filiale _____.

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

FAC-SIMILE

RICHIEDE / RICHIEDONO DI ADERIRE ALLE POLIZZE COLLETTIVE

☐**Opzione di Prodotto 1**
☐**Aderente/Assicurato N. 1** ☐**Aderente/Assicurato N. 2**

Riservata a Tutti gli Assicurati Produttori o meno di reddito
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia

IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
Premio annuale (imposte incluse)	Euro	Euro

AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata

☐**Opzione di Prodotto 2**
☐**Aderente/Assicurato N. 1** ☐**Aderente/Assicurato N. 2**

Riservata ai Produttori di reddito ad eccezione dei Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indet.
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia
C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia

IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
Premio annuale (imposte incluse)	Euro	Euro

AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata

☐**Opzione di Prodotto 3**
☐**Aderente/Assicurato N. 1** ☐**Aderente/Assicurato N. 2**

Riservata ai soli Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia
D) Assicurazione Perdita d'impiego

IMPORTO ASSICURATO INIZIALE E PREMIO	Aderente/Assicurato N. 1	Aderente/Assicurato N. 2
Importo assicurato iniziale del Finanziamento (importo Finanziamento erogato o debito residuo del Finanziamento alla data di adesione)	Euro	Euro
Premio unico anticipato (imposte incluse)	Euro	Euro
Premio annuale (imposte incluse)	Euro	Euro

AVVERTENZA – In caso di 2 Aderenti/Assicurati, l'importo assicurato iniziale del Finanziamento e gli importi di premio sopra indicati sono espressi pro-quota, in percentuale della quota assicurata

FAC-SIMILE

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO
ADERENTE/ASSICURATO N. 1

AVVERTENZE

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

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

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

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo / Sede Legale _____
Telefono _____ E-mail _____
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato
☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo / Sede Legale _____
Telefono _____ E-mail _____
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato
☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

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

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

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

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

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

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

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

FAC-SIMILE

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO
ADERENTE/ASSICURATO N. 2

AVVERTENZE

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

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

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

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo / Sede Legale_____
Telefono _____E-mail_____

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato
☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo / Sede Legale_____
Telefono _____E-mail_____

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato
☐ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) ☐ Altro

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

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

FAC-SIMILE

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

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

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Indirizzo / Sede Legale_____
Telefono _____E-mail_____

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

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

INFORMATIVA COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

ADERENTE/ASSICURATO N. 1

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	*Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione*
Euro % __63,00 (garanzia vita) / 63,00 (garanzie danni)___	**Euro** % __68,25 (garanzia vita) / 68,25 (garanzie danni)___

ADERENTE/ASSICURATO N. 2

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	*Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione*
Euro % __63,00 (garanzia vita) / 63,00 (garanzie danni)___	**Euro** % __68,25 (garanzia vita) /68,25 (garanzie danni)___

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	**In caso di Finanziamento di nuova Erogazione:** • **Premio unico anticipato** **In caso di Finanziamento già erogato, a scelta dell'Aderente/Assicurato:** • **Premio unico anticipato** • **Premio annuale**
Mezzi di Pagamento del Premio	**In caso di Finanziamento di nuova Erogazione, a scelta dell'Aderente/Assicurato:** • **Bonifico bancario** **In caso di Finanziamento già erogato, a scelta dell'Aderente/Assicurato:** • **Bonifico bancario;** • **In caso di Premio Annuo, i rinnovi successivi al primo verranno corrisposti tramite addebito diretto SEPA sul c/c.**

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

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

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

a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;**
b) **prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
c) **anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, il soggetto di cui alla lettera a) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- **La Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza del contratto.**
- **L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione:**
  - **entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte);**

FAC-SIMILE

- **annualmente, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dalle Condizioni di Assicurazione.**

- **La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alle Compagnie, anche per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata inviata a:**

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

DICHIARAZIONI DEL/DEGLI ADERENTE/I / ASSICURATO/I

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

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

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

DICHIARO/IAMO

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

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

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

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

DICHIARO/IAMO ALTRESI' di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, il Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018; le Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario); Richiesta di Adesione (fac-simile);

- 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,

FAC-SIMILE

- 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;

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

DICHIARO/IAMO

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

Art. 3 Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione - Art. 4 Limiti di indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Art. 7 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 8 Diritto di recesso - Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 13 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione dei diritti - Artt. 30 - 35 - 38 - 42 Prestazioni assicurate - Artt. 32 - 36 - 39 - 43 Esclusioni.

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

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

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

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

LUOGO E DATA _____

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

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

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

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

LUOGO E DATA _____

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

FAC-SIMILE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

FORMULA PER L'IMPRESA ADERENTE

Denominazione/Ragione Sociale_____con sede in _____
codice fiscale/Parti Iva_____e-mail_____

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

b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficierà 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
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

FAC-SIMILE

FORMULA PER L'ASSICURATO 1

Il/La sottoscritto/a_____nato/a _____
il_____e-mail_____nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy:

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 inficierà 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 illustratenell'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

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

FIRMA DELL'ASSICURATO 1

FORMULA PER L'ASSICURATO 2

Il/La sottoscritto/a_____nato/a _____
il_____e-mail_____nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy:

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 inficierà 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
FIRMA DELL'ASSICURATO 2

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

NOME:_____ COGNOME:_____

NATO/A IL:_____

ADESIONE:_____

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (da compilarsi a cura dell'Assicurato)	Fare una croce nella casella del SI o del NO
1. Lei è attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi?	SI□ NO□
2. Lei è attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI□ NO□
3. Lei è attualmente sottoposto per una durata > 30 giorni ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio?	SI□ NO□
4. Lei è stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI□ NO□
Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI□ NO□
Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI□ NO□
Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI□ NO□
Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI□ NO□
Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI□ NO□
Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI□ NO□
Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI□ NO□
Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI□ NO□
Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI□ NO□
Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura	SI□ NO□
5. Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi?	SI□ NO□
6. Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI□ NO□
7. La differenza tra la Sua altezza in centimetri □□□ ed il Suo peso in chilogrammi □□□ è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI□ NO□
8. Negli ultimi 3 mesi: a) è risultato positivo al Covid19 OPPURE b) è stato invitato dal proprio medico a mettersi in autoisolamento per presenza di sintomi?	SI□ NO□
9. Negli ultimi 3 mesi: a) è stato invitato a mettersi in autoisolamento a causa del Covid19 (sono escluse tutte le restrizioni del Governo che obbligano a rimanere a casa) OPPURE b) 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□ NO□

L'ASSICURATO
Firma (per esteso e leggibile)_____

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

NOME:_____ COGNOME:_____

NATO/A IL:_____

ADESIONE:_____

AVVERTENZA SULLE MODALITÀ DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLA COMPAGNIA
Il presente Questionario Anamnestico potrà essere trasmesso alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.: a) per il tramite del Contraente ovvero direttamente dall'Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato delle Compagnie di assicurazione, utilizzando una busta chiusa intestata a "*All'attenzione del Medico Specializzato NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano,* ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione. **IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico deve essere fatto pervenire alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A., sempre unitamente alla Richiesta di Adesione, compilato e sottoscritto dall'Aderente in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, le Compagnie di assicurazione non potranno processare la posizione assicurativa.**

AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO
In caso di compilazione del Questionario Anamnestico, si avverte di quanto segue: **a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;** **b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;** **c) le compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. si riservano il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.** **Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. Le compagnie di assicurazione si riservano di chiedere documentazione medica supplementare.**

Altezza: ……cm Peso: ……kg Differenza (Altezza - Peso): ……		**In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste**
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI □ NO □	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Da quando? …… Per quale motivo? ……
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Da quando? …… Trattamento e posologia……
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI □ NO □	Di quale natura? …… Da quando? ……
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI □ NO □ SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Percentuale(i)? ……% Da quando? …… (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Da quando? ……
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Quando? …… Per quanto tempo? ……
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato **positivo** per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI □ NO □	Quale(i)? …… Quando? …… Risultato? Negativo □ Positivo □
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni: • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata? …… …… ……

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI □ NO □	…… …… ……
• Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI □ NO □	…… …… ……
• Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI □ NO □	
• Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari	SI □ NO □	…… …… …… …… …… ……
• Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI □ NO □	…… …… ……
• Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI □ NO □	…… …… ……
• Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI □ NO □	…… …… ……
• Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI □ NO □	…… …… ……
• Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI □ NO □	…… …… ……
• Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura	SI □ NO □	…… …… ……
• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra ……	SI □ NO □	…… …… ……
10 Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo **diverso** dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Quando? …… Per quanto tempo? ……
11 Nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà:		Per quale(i) motivo(i)? Quando?
- fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale?	SI □ NO □	…… ……
- essere ricoverato?	SI □ NO □	…… ……
- subire un intervento chirurgico?	SI □ NO □	…… ……
- seguire un trattamento medico?	SI □ NO □	…… ……

QUADRO RISERVATO ALL'ASSICURATO	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA	
		TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Nome: _____	Nome: _____	
Cognome:_____	Cognome:_____	
Luogo: Data: __/__/____	Luogo: Data: __/__/____	
Letto ed approvato, _____ (L'Assicurato, firma per esteso e leggibile)		Letto ed approvato, _____ (Il Medico, firma per esteso e leggibile)

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021

Condizioni di Assicurazione – Assi*Mutui*

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

per la Copertura Vita (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;

mail: sinistri-cbp@cbp-italia.eu
fax 02 / 688 269 40

per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A c/o CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano;

mail: sinistri-cbp@cbp-italia.eu
fax 02 / 688 269 40

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA
CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

mail: applicazioni-cbp@cbp-italia.eu fax 02 / 688 269 40

PER INOLTRARE UN RECLAMO
Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Anton o Guattani, 4 - 00161 ROMA

Fax +39 06 89326570
PEC ufficio.reclami@pec.netinsurance.it

NL/NET/0134/01- Ed. 05-2021