

Creditor Protection Insurance

FLESSIBILE PER TUTTI

(Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

POLIZZE COLLETTIVE AD ADESIONE FACOLTATIVA CON GARANZIE “TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE”, “INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA” ED “INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO”

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

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

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

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 02/2026

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

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



Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente al Finanziamento

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

Net Insurance Life S.p.A.

FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Ed. 02/2026

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce, ai Beneficiari, il pagamento di un importo pari al Debito residuo previsto dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento calcolato alla data del Decesso, eventualmente modificatosi anche per effetto dell'esercizio delle opzioni Cambio Rata o Salto Rata e al netto di rate insolute. La somma massima assicurabile, per i finanziamenti a rata costante, è pari ad Euro 80.000 per Sinistro; invece, per finanziamenti a rata flessibile è pari ad Euro 60.000 per Sinistro.

La predetta garanzia di ramo Vita è prestata congiuntamente alle garanzie di ramo Danni (Invalidità Totale Permanente da infortunio o malattia ed Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia) prestate dalla compagnia NET INSURANCE S.p.A..



Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile ciascuna persona fisica che:

- ✗ non abbia la propria residenza e il proprio domicilio abituale in Italia;
- ✗ sia cittadino di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America;
- ✗ faccia parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- ✗ abbia 68 anni compiuti al momento dell'Adesione all'Assicurazione, in caso di Finanziamento a rata flessibile;
- ✗ abbia 71 anni compiuti al momento dell'Adesione all'Assicurazione, in caso di Finanziamento a rata costante;
- ✗ sia portatore di uno stato di invalidità permanente uguale o superiore a 40% (non rilevano le invalidità permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche);
- ✗ riceva una pensione di invalidità o abbia presentato domanda per ottenerla (non rilevano le invalidità permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche);
- ✗ non abbia fornito tutte le informazioni sul proprio stato di salute se richieste dalle Compagnie;
- ✗ non abbia stipulato con la Contraente un Finanziamento a rata costante di durata compresa tra 6 e 120 mesi o di durata compresa tra 12 e 120 mesi in caso di Finanziamento a rata flessibile;
- ✗ non abbia sottoscritto un Finanziamento che scada dopo il compimento del 78° anno di età;
- ✗ non abbia sottoscritto il Modulo di Adesione e, ove richiesto, il questionario semplificato di autocertificazione dello stato di salute.

	Ci sono limiti di copertura? Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso salvo quanto diversamente specificato e, a titolo esemplificativo e non esaustivo, 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 dell'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.
Dove vale la copertura?	
✓ La copertura è valida senza limiti territoriali.	
Che obblighi ho?	
– All'inizio del contratto: alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Aderente/Assicurato deve compilare, se richiesto, il questionario semplificato di autocertificazione dello stato di salute, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. – 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?	
L'ammontare totale del Premio mensile che l'Assicurato deve pagare, al momento dell'adesione, dipende dall'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione, dall'importo della rata di Finanziamento e dalla durata del Finanziamento. Il Premio è calcolato applicando il tasso di premio totale lordo, corrispondente all'età dell'Assicurato, all'importo della rata del finanziamento e moltiplicandolo per il numero di rata previste.	
Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24:00 della Data di decorrenza, purché sia stato regolarmente pagato il premio, coincidente con la data di erogazione del Finanziamento. Le Coperture Assicurative cessano alla naturale scadenza dell'Assicurazione, cioè alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento, e comunque non oltre 120 mesi dalla data di erogazione. Nel caso si eserciti l'opzione Cambio Rata o Salto Rata, l'Assicurazione continuerà ad operare - prendendo atto dell'opzione esercitata - con il limite di una durata massima di 132 mesi dalla data di erogazione e fermi i limiti di età previsti adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento	
Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
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 giorni dalla Data di Decorrenza. L'Aderente, trascorsi i 60 giorni dalla Data di Decorrenza, può disdire il Contratto in qualsiasi momento, tramite lettera Raccomandata A/R; la disdetta avrà l'effetto dalla mensilità successiva alla data di ricezione.	
Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO	
Il presente contratto non prevede valore di riscatto né di riduzione.	

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

Che tipo di assicurazione è?

L'Assicurazione è una Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente (Banca) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento (prestito) con la stessa. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevedibili che possono colpire la persona assicurata, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate del prestito. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede l'offerta congiunta di garanzie ramo danni (cui il presente DIP DANNI si riferisce) e di garanzia di ramo vita (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP VITA).



Che cosa è assicurato?

✓ INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa 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, il pagamento in unica soluzione da parte della Compagnia di Assicurazione della prestazione assicurata all'Assicurato. La somma massima assicurabile, per i finanziamenti a rata costante, è pari ad Euro 80.000 per Sinistro; invece, per finanziamenti a rata flessibile è pari ad Euro 60.000 per Sinistro.

✓ INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma pari all'ammontare delle Rate mensili, con esclusione di eventuali incrementi o decrementi di rata derivanti dall'esercizio dell'opzione Cambio Rata, durante il periodo di inabilità relativo al sinistro, 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. L'indennizzo massimo è pari ad Euro 1.500 col massimo di 24 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per Sinistro e 36 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per l'intera



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile ciascuna persona fisica che:

- ✗ non abbia la propria residenza e il proprio domicilio abituale in Italia;
- ✗ sia cittadino di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America;
- ✗ faccia parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- ✗ abbia 68 anni compiuti al momento dell'Adesione all'Assicurazione, in caso di Finanziamento a rata flessibile;
- ✗ abbia 71 anni compiuti al momento dell'Adesione all'Assicurazione, in caso di Finanziamento a rata costante;
- ✗ sia portatore di uno stato di invalidità permanente uguale o superiore a 40% (non rilevano le invalidità permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche);
- ✗ riceva una pensione di invalidità o abbia presentato domanda per ottenerla (non rilevano le invalidità permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche);
- ✗ non abbia fornito tutte le informazioni sul proprio stato di salute se richieste dalle Compagnie;
- ✗ non abbia stipulato con la Contraente un Finanziamento a rata costante di durata compresa tra 6 e 120 mesi o di durata compresa tra 12 e 120 mesi in caso di Finanziamento a rata flessibile;
- ✗ non abbia sottoscritto un Finanziamento che scada dopo il compimento del 78° anno di età;
- ✗ non abbia sottoscritto il Modulo di Adesione

durata della Copertura Assicurativa e per ciascun Assicurato.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere.

e, ove richiesto, il questionario semplificato di autocertificazione dello stato di salute.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dalle garanzie, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i casi di Invalidità Totale Permanente e 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;
- ! dolo dell'Assicurato;
- ! eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento dell'adesione;
- ! 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;
- ! aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Aderente/Assicurato deve compilare, se richiesto, il questionario semplificato di autocertificazione dello stato di salute, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute.
- **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?

L'ammontare totale del Premio mensile che l'Assicurato deve pagare, al momento dell'adesione, dipende dall'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione, dall'importo della rata di Finanziamento e dalla durata del Finanziamento stesso.

Il Premio è calcolato applicando il tasso di premio lordo totale, corrispondente all'età dell'Assicurato, all'importo della rata del finanziamento e moltiplicandolo per il numero di rata previste.

Il Premio si paga con le stesse modalità previste per il rimborso delle rate del Finanziamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24:00 della Data di decorrenza, purché sia stato regolarmente pagato il premio, coincidente con la data di erogazione del Finanziamento. Le Coperture Assicurative cessano alla naturale scadenza dell'Assicurazione, cioè alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento, e comunque non oltre 120 mesi dalla data di erogazione.

Nel caso si eserciti l'opzione Cambio Rata o Salto Rata, l'Assicurazione continuerà ad operare - prendendo atto dell'opzione esercitata—with il limite di una durata massima di 132 mesi dalla data di erogazione e fermi i limiti di età previsti adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento.



Come posso disdire la polizza?

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 giorni dalla Data di Decorrenza. L'Aderente, trascorsi i 60 giorni dalla Data di Decorrenza, può disdire il Contratto in qualsiasi momento, tramite lettera Raccomandata A/R; la disdetta avrà l'effetto dalla mensilità successiva alla data di ricezione.

Assicurazione Multirischi

Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente a Finanziamento

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

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

FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Ed. 02/2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

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

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

Società

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

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

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, per tutte le garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con l'Aderente/Assicurato.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale, valgono le seguenti esclusioni: - stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo; in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro; - contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici; - guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
-----------------------	---

	- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). - svolgimento delle seguenti attività professionali: militari, quando in servizio attivo all'Esteri; attività circensi e stuntman; attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere; - uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio; pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali; uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere. Per la garanzia Decesso: - 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); - infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili; - da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata. Per le garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale: - infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; - 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.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Sono presenti limitazioni per le garanzie **Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale**:

- Periodo di Franchigia: 60% per l'Invalidità Totale Permanente; 30 giorni per l'Inabilità Temporanea Totale.
- Periodo di Riqualficazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 90 giorni per l'Inabilità Temporanea Totale.

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).



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti della contraente che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento con la stessa, aventi un'età compresa tra 18 e 68 anni non compiuti, in caso di Finanziamento a rata flessibile e tra 18 e 71 anni non compiuti, in caso di Finanziamento a rata costante.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul Premio

Si riporta di seguito l'informativa dettagliata sui costi:

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

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

Costi di intermediazione

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

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

del costo stesso

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: • PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it • Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA • Fax: +39 06 89326.570 avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso:
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	La parte di Premio destinata alla Copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle Coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. Sui premi versati alla Compagnia di Assicurazione aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale Permanente per Infortunio o Malattia entro il limite massimo di Euro 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.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se l'Aderente/Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.

	Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/
<i>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</i>	L'Aderente/Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
<i>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</i>	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Aderente/Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Aderente/Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.	

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

Sommario

CONTATTI UTILI.....	2
GLOSSARIO.....	3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	6
POLIZZE COLLETTIVE n. 850 e n. 851	6
ART. 1 GARANZIE PRESTATE	6
ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE	6
ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE	7
ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO	7
ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	8
ART. 6 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE	8
ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	8
ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA	8
ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	9
ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO	9
ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO	10
ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI DEL CONTRAENTE	10
ART. 13 DISPOSIZIONI COMUNI	12
ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI	12
ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI	12
ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI	12
ART. 17 COMUNICAZIONI	13
ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO	13
ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA	13
ART. 20 HOME INSURANCE (Area Riservata)	13
ART. 21 FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE	13
ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA	13
ART. 23 RECLAMI.....	13
ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI	14
ART. 25 CONTROVERSIE	14
ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE	14
ART. 27 SANZIONI.....	14
ART. 28 MODIFICHE ALMODULO DI ADESIONE.....	14
TABELLE DELLA GARANZIA	15
ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO	17
ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO.....	17
ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE.....	17
ART. 31 ESCLUSIONI	17
ART. 32 RISCATTO E PRESTITI.....	18
ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI.....	18
ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA	19
INFORTUNIO O MALATTIA.....	19
ART. 34 PRESTAZIONI ASSICURATE.....	19
ART. 35 ESCLUSIONI.....	19
ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	20
ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE	21
ART. 37 PRESTAZIONI ASSICURATE.....	21
ART. 38 ESCLUSIONI	21
ART. 39 DENUNCE SUCCESSIVE.....	22
ART. 40 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI	22
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1
MODULO DI ADESIONE	1

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



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 Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- mail: sinistri_CPI_findomestic@netinsurance.it

per la **Copertura Danni** (Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale):

- NET INSURANCE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- mail: sinistri_CPI_findomestic@netinsurance.it

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA

- mail: adesioni_CPI_findomestic@netinsurance.it

PER INOLTARE UN RECLAMO

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



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 il Modulo di Adesione e pagando il Premio. Coincide con la persona fisica che ha sottoscritto un Contratto di Finanziamento con l'istituto finanziario ovvero con il suo/suoi eventuale/i Garante/i.

Adesione

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

Assicurato

Assicurato è la persona fisica, 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 il Modulo di Adesione e pagando il Premio.

Assicurazione

Contratto con il quale le Compagnie di Assicurazione prestano le coperture assicurative disciplinate nelle Condizioni di Assicurazione.

Attività sportiva professionistica

Attività sportiva remunerata e svolta con continuità da atleti, allenatori, preparatori atletici.

La disciplina sportiva deve:

- essere regolamentata dal CONI;
- conseguire la qualificazione dalle Federazioni Sportive Nazionali secondo le norme da loro emanate;
- essere praticata secondo le direttive del CONI, che distinguono tra attività dilettantistica e attività professionistica.

Beneficiario

Soggetto cui spettano le prestazioni assicurative.

Cambio Rata

Opzione con la quale l'aderente – che abbia stipulato un finanziamento a rata flessibile – può aumentare o diminuire l'importo delle rate residue rispetto alla Rata Base, cioè la rata stabilita al momento della sottoscrizione.

Il primo Cambio Rata possibile dopo 6 rate rimborsate correttamente.

Il Cambio Rata sarà possibile dopo almeno 1 rata pagata da ultimo esercizio dell'opzione Salto Rata.

I Cambi Rata sono possibili ogni mese (a partire dal 7° mese).

Capitale assicurato

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

Carenza

Carenza è il periodo di tempo immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'assicurazione, durante il quale la Copertura Assicurativa non è operante. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, la Compagnia di Assicurazione Danni non corrisponde la prestazione assicurata.

Compagnie di Assicurazione

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

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

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.

Contraente

Findomestic Banca S.p.A., che stipula la Polizza per conto dei clienti che sottoscrivono finanziamenti da essa concessi.

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

Giorno in cui la Contraente eroga il Finanziamento.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

Decesso

Morte dell'Assicurato.

Debito residuo

Quanto residua in linea capitale, relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento

Durata della Copertura Assicurativa

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

Estinzione Anticipata Parziale

Riduzione dell'importo dovuto per il finanziamento a seguito di rimborso di parte del debito residuo.

Estinzione Anticipata Totale

Anticipata estinzione del contratto di Finanziamento a seguito di rimborso integrale del debito residuo, in un'unica soluzione e prima della scadenza, da parte del soggetto obbligato.

Finanziamento

Il contratto di finanziamento sottoscritto tra la Contraente e l'Aderente che può essere:

- a rata flessibile, che prevede che il debitore possa esercitare le opzioni Cambio Rata e Salto Rata per il numero di volte, agli intervalli di tempo e comunque alle condizioni indicati nelle "Condizioni Generali" e "Condizioni Economiche" del contratto. Con queste due opzioni si possono modificare la durata del finanziamento e il piano di ammortamento stabilito al momento dell'esercizio dell'opzione, ma sempre all'interno del contratto originario. La durata massima del contratto al momento della sottoscrizione e i limiti minimi e massimi di variazione per effetto dell'esercizio delle opzioni Cambio Rata e Salto Rata sono indicati nelle "Condizioni Generali" e "Condizioni Economiche" del contratto;
- a rata costante, con durata massima di 120 mesi.

Firma Elettronica Avanzata

Insieme di dati digitali allegati o connessi a un documento informatico che consentono di identificarne il firmatario e di connetterlo al documento in modo univoco. Il firmatario ha il controllo esclusivo dei dati, dei quali è possibile rilevare ogni modifica. Quando si sottoscrive un documento con Firma Elettronica Avanzata generalmente si firma su Tablet o Pad.

Firma Elettronica Digitale

Particolare tipo di Firma Elettronica Avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografiche: una pubblica per il destinatario e una privata per il titolare.

Insieme, garantiscono la provenienza e l'integrità di un documento o di un insieme di documenti informatici. Quando si sottoscrive un documento con Firma Elettronica Digitale generalmente si abbinano un PIN e una OTP (One Time Password).

Franchigia

Condizione contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dalla Compagnia, facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato. La Franchigia per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale, 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.

Inabilità Temporanea Totale

Perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria professione o mestiere.

Se l'evento colpisce un Non Lavoratore, l'Inabilità Temporanea Totale è la perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici.

Indennizzo (o anche Indennità o Prestazione)

Somma dovuta al Beneficiario in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Invalidità Permanente Totale

Perdita definitiva e irrimediabile, da parte dell'Assicurato, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua specifica attività lavorativa.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Malattia

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

Massimale

La somma massima che le Compagnie di Assicurazione pagano come Indennizzo.

Modulo di Adesione

Documento predisposto dalle Compagnie di Assicurazione contenente la Dichiarazione di adesione alla copertura, che sarà firmato dall'Aderente

OTP (One Time Password)

Password numerica, utilizzabile una sola volta, fornita all'Aderente subito prima che utilizzi la firma elettronica.

Parti

Le Compagnie Assicuratrici, la Contraente e l'Assicurato.

PIN (Personal Identification Number)

Codice di identificazione personale associato a un dispositivo sicuro di firma, con cui l'Aderente accede alle funzioni del dispositivo. Abbinato a una OTP (One Time Password), consente di apporre una firma elettronica.

Polizza/e Collettiva/e (o Contratto)

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

Portabilità

L'esercizio, da parte dell'Aderente, della facoltà di surrogazione prevista per legge, con conseguente trasferimento del contratto di finanziamento a un altro finanziatore.

Premio

Costo della copertura assicurativa, cioè la somma che si paga alle Compagnie di Assicurazione per avere diritto alle prestazioni previste dall'Assicurazione

Prescrizione

Estinzione del diritto alla Prestazione, se non è fatto valere entro i termini di legge.

Questionario semplificato di autocertificazione dello stato di salute

Documento, di seguito "Questionario Medico", 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.

Salto Rata

Opzione con la quale l'aderente – che abbia stipulato un finanziamento a rata flessibile – può posticipare il rimborso di una o più rate dopo la fine della durata del finanziamento (sia quella originaria, sia quella già variata dopo l'esercizio di una o più opzioni). Salto Rata modifica la durata del finanziamento ed il piano di ammortamento stabilito al momento di esercizio dell'opzione, ma sempre all'interno del contratto originario e dei limiti di durata e di età dell'Assicurato. Il primo Salto Rata sarà possibile dopo 6 rate rimborsate correttamente. Il Salto Rata sarà possibile dopo almeno 1 rata pagata da ultimo esercizio dell'opzione Cambio Rata. Tra un Salto Rata ed il successivo devono intercorrere almeno 11 rate regolarmente pagate.

Set informativo

L'insieme dei documenti previsti dal Regolamento IVASS n. 41 del 02.08.2018 che devono essere contestualmente consegnati all'Aderente/Contraente prima della sottoscrizione del contratto e pubblicati nel sito internet dell'impresa. Il Set informativo è costituito dal DIP, dal DIP aggiuntivo, dalle Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e dal Modulo di proposta/polizza/adesione.

Sinistro

Evento dannoso coperto dall'Assicurazione.

Supporto durevole

Qualsiasi strumento che permetta all'Aderente di conservare le informazioni che gli sono personalmente indirizzate; ritrovarle facilmente nel periodo in cui gli servono; riprodurle in modo identico.

Tecnica di comunicazione a distanza

Qualunque strumento per concludere il contratto di assicurazione senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicuratore e dell'Aderente.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZE COLLETTIVE n. 850 e n. 851

La presente è una Polizza Collettiva stipulata da Findomestic Banca S.p.A. (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento (prestito) con la stessa. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire l'Assicurato, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate del prestito a seguito di decesso, Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale.

Le garanzie fanno parte di un pacchetto indivisibile e pertanto non sono acquistabili singolarmente

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 prevede, per tutti gli Assicurati, le seguenti garanzie:

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

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

Garanzie della Polizza	
Decesso	✓
Invalidità Permanente	✓
Inabilità Temporanea Totale	✓

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie di Assicurazione in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati. Se l'importo del Finanziamento è superiore a 30.000 euro l'Assicurato deve completare e firmare il Questionario Medico predisposto dalla Compagnia.

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.

È possibile aderire all'Assicurazione con le seguenti modalità:

1. alla presenza di un addetto della Contraente, all'interno dei locali della stessa, sottoscrivendo il Modulo di Adesione mediante firma autografa che l'Aderente potrà apporre sulla documentazione cartacea oppure mediante Firma Elettronica Avanzata, messa a disposizione dalla Contraente, che l'Aderente potrà apporre su Tablet/Pad;
2. attraverso Tecnica di comunicazione a distanza e, segnatamente, sottoscrivendo il Modulo di Adesione a mezzo di Firma Elettronica Digitale sul sito web della Contraente (www.Findomestic.it).

Il Modulo di adesione ha una validità pari a 6 mesi e al fine di aderire all'Assicurazione lo stesso dovrà essere corredato della documentazione indicata all'art. 3.1.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Compagnie di Assicurazione risultano esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle Condizioni di Assicurazione, dal Modulo 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.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI

(Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

È assicurabile ciascuna persona fisica che:

- a) abbia la propria residenza e il proprio domicilio abituale in Italia;
- b) non sia cittadino di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America;
- c) non faccia parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- d) abbia 68 anni non compiuti al momento dell'Adesione all'Assicurazione, in caso di Finanziamento a rata flessibile;
- e) abbia 71 anni non compiuti al momento dell'Adesione all'Assicurazione, in caso di Finanziamento a rata costante;
- f) non sia portatore di uno stato di invalidità permanente uguale o superiore a 40% (non rilevano le invalidità permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche);
- g) non riceva una pensione di invalidità o, comunque non abbia presentato domanda per ottenerla (non rilevano le invalidità permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche);
- h) abbia fornito tutte le informazioni sul proprio stato di salute se richieste dalle Compagnie;
- i) abbia stipulato con la Contraente un Finanziamento a rata costante di durata compresa tra 6 e 120 mesi o di durata compresa tra 12 e 120 mesi in caso di Finanziamento a rata flessibile;
- j) abbia aderito alla Polizza Collettiva sottoscrivendo il Modulo di Adesione e, ove richiesto, il Questionario Medico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato;

È inoltre necessario che sia stato sottoscritto un Finanziamento che scada prima che l'Assicurato compia il 78° anno di età.

L'Assicurato si obbliga a comunicare alle Compagnie la perdita, nel corso della durata dell'Assicurazione, dei requisiti di assicurabilità indicati alle lettere a), b) e c) del presente articolo. In tal caso, la copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito.

Si ricorda, quindi, che l'Assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale dell'Assicurato o della residenza dell'Aderente, oppure dopo l'acquisizione della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente o dell'Assicurato).

In nessun caso la Compagnia può pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.

3.1 Norme assuntive

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo di Adesione, completato in ogni parte, datato e firmato dall'Aderente/Assicurato. In caso di almeno una risposta negativa al Modulo di Adesione, l'adesione non potrà essere perfezionata.

Ogni Adesione dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- Qualora l'importo del Prestito sia inferiore a € 30.000, nessuna formalità medica si renderà necessaria.
- Qualora l'importo del Prestito sia superiore a € 30.000, al momento dell'Adesione dovrà essere fornito il Questionario Medico debitamente compilato. In caso di almeno una risposta positiva al precedente Questionario non sarà possibile procedere con l'emissione dell'Assicurazione.

Di volta in volta 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:
 - per i finanziamenti a rata costante: 80.000 euro per Sinistro;
 - per i finanziamenti a rata flessibile: 60.000 euro per Sinistro
- Inabilità Temporanea Totale: 1.500 euro col massimo di 24 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per Sinistro e 36 Indennizzi mensili di Rate Finanziamento per l'intera durata della Copertura Assicurativa. Pertanto, con la Garanzia Inabilità Temporanea Totale verrà riconosciuta un'Indennità di importo pari alle rate mensili del Finanziamento che scadono durante il periodo di inabilità, al netto della Franchigia, ma solo per il numero massimo di rate sopra indicato e non per tutte le rate restanti del Finanziamento, se di numero superiore.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

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, in base a quanto previsto al precedente art. 3.1, qualora 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.

ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Le Coperture Assicurative decorrono dalle ore 24:00 della Data di decorrenza, purché sia stato pagato regolarmente il Premio, coincidente con la data di erogazione del Finanziamento.

Per le garanzie la durata coincide sempre con la durata originaria del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa).

Le Coperture Assicurative cessano alla naturale scadenza dell'Assicurazione, cioè alla data di scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Finanziamento, e comunque non oltre 120 mesi dalla data di erogazione.

Nel caso si eserciti l'opzione Cambio Rata o Salto Rata, fermi i limiti precedenti, l'Assicurazione continuerà ad operare prendendo atto dell'opzione esercitata - con il limite di una durata massima di 132 mesi dalla data di erogazione e fermi i limiti di età previsti dall'art. 3 - adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento del Finanziamento e si procederà con il pagamento di un Premio di importo differente rispetto a quello iniziale calcolato secondo quanto previsto. all'art. 10.

Prima della naturale scadenza dell'Assicurazione, le garanzie possono cessare inoltre:

1. se l'Assicurato recede dal contratto nei termini previsti da queste Condizioni di Assicurazione, con effetto dalla data indicata;
2. se l'Assicurato decide di estinguere il Finanziamento o di esercitare il suo diritto alla Portabilità con effetto dalla data indicata, così come prevista all'art. 11;
3. in caso di Decesso dell'Assicurato, dalla data dell'evento;
4. se viene liquidata l'Indennità per Invalidità Permanente;
5. se l'Assicurato perde la residenza o il domicilio abituale in Italia oppure dopo l'acquisizione della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/ embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria dell'Aderente o dell'Assicurato, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio.

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.

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

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

L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente e le Compagnie di Assicurazione da qualsiasi obbligazione futura derivante dal

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

contratto dal giorno di ricevimento della comunicazione di recesso. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie rimborsano il premio pagato, al netto delle imposte, per la parte di rispettiva competenza.

L'Aderente, trascorsi i 60 giorni dalla Data di Decorrenza, può disdire il Contratto in qualsiasi momento, tramite lettera Raccomandata A/R da inviarsi agli indirizzi che precedono. La disdetta avrà l'effetto di liberare l'Aderente e le Compagnie da qualsiasi obbligazione dalla mensilità successiva alla data di ricevimento della raccomandata; pertanto, l'Aderente non corrisponderà il premio relativo a tale mensilità e le Compagnie non dovranno procedere ad alcun rimborso alla luce del pattuito premio mensile, né saranno obbligate in caso di sinistro.

La Compagnia può recedere dall'Assicurazione se l'Aderente o l'Assicurato entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso. In nessun caso la Compagnia può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). La Compagnia può, inoltre, recedere dall'Assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'Assicurazione, con il Modulo di adesione oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

ART. 9 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Per tutte le garanzie, ad eccezione del Decesso, è l'Aderente ad avere diritto all'indennità.

Per la garanzia Decesso, l'Aderente ha la facoltà di designare il Beneficiario dell'indennizzo in forma nominativa o generica nel Modulo di Adesione al momento della sottoscrizione dell'assicurazione.

Nel caso di designazione generica, l'Aderente ha facoltà di designare il Beneficiario nell'ambito delle categorie di soggetti indicate nel Modulo di Adesione.

La designazione è revocabile e modificabile dall'Aderente in qualsiasi momento successivo all'emissione della polizza comunicandolo per iscritto alle Compagnie o con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto. Ogni modifica di Beneficiario annulla e sostituisce la designazione precedente (farà fede la data indicata sul modulo).

Non possono essere Beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Solo in caso di Portabilità, potrà essere indicata come Beneficiaria la banca che subentra nel Finanziamento.

In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento con scelta di mantenimento della copertura fino a scadenza originaria, lei ha la facoltà di poter mantenere la designazione del Beneficiario antecedentemente effettuata o di modificare la designazione stessa comunicandolo per iscritto alle Compagnie o con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto.

Il Beneficiario riceve l'Indennità direttamente dalle Compagnie oppure attraverso la Contraente.

L'Indennità corrisposta a seguito di Decesso non rientra nell'asse ereditario; in caso di pluralità di Beneficiari, la Compagnia ripartirà la prestazione assicurata in parti uguali.

Se l'Aderente manifesta specifiche esigenze di riservatezza può indicare un referente terzo diverso dal Beneficiario al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di Decesso dell'Assicurato.

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte di ogni Assicurato o per suo conto dalla Contraente di un Premio Mensile per le Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione.

L'ammontare totale del Premio mensile che l'Assicurato deve pagare, al momento dell'adesione, dipende dall'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione, dall'importo della rata di Finanziamento e dalla durata del Finanziamento stesso e si ottiene è calcolato applicando il tasso di premio totale lordo, corrispondente all'età dell'Assicurato, all'importo della rata del finanziamento e moltiplicandolo per il numero di rata previste

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

Il Premio è indicato nel Modulo di adesione e comprende l'eventuale imposta di assicurazione.

In caso di esercizio dell'opzione Cambio Rata con conseguente variazione dell'importo della rata del Finanziamento, così come della durata del suo piano di rimborso, il tasso di premio totale lordo riferito alla copertura assicurativa resterà invariato e dovrà essere

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

ricalcolato il premio sulla base della nuova rata di finanziamento e moltiplicato per la durata iniziale

Il Premio si paga con le stesse modalità previste per il rimborso delle rate del Finanziamento (ferma la possibilità di utilizzare strumenti elettronici per il pagamento del premio, dove ciò sia possibile presso l'intermediario) e con periodicità mensile.

ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento la copertura assicurativa termina alla fine del mese durante il quale il finanziamento è stato estinto e per il quale è stato pagato il relativo premio.

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Finanziamento, la Contraente modifica il piano di rimborso del Finanziamento mediante la riduzione del numero delle rate.

Le rate di Premio ancora da pagare dopo l'estinzione Anticipata Parziale saranno rimodulate in misura corrispondente alla riduzione della Prestazione e della durata della copertura assicurativa a seguito dell'Estinzione Anticipata Parziale.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati come di seguito descritto:

Per la Garanzia caso Decesso:

In caso di Decesso, L'Aderente/Assicurato deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia in versione sempre aggiornata) a:

- NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- mail: sinistri_CPI_findomestic@netinsurance.it, anche per informazioni relative ai Sinistri

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

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro. L'Aderente/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 della Compagnia e il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.

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

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

Per informazioni relative ai Sinistri, l'Aderente/Assicurato potrà rivolgersi a:

- NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- mail: sinistri_CPI_findomestic@netinsurance.it

Per la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia e per la Garanzia Inabilità Temporanea Totale

In caso di Sinistro, l'Aderente/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 all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice.

L'Aderente/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 in versione sempre aggiornata) a:

- NET INSURANCE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- mail: sinistri_CPI_findomestic@netinsurance.it, anche per informazioni relative ai Sinistri.

unitamente alla documentazione di cui all'art. 12.2 e 12.3 delle Condizioni di Assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI

(Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

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

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

Conseguentemente, l'Aderente/Assicurato riconosce fin da ora che la Compagnia sarà liberato dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'Indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.

Per informazioni relative ai Sinistri, l'Aderente/Assicurato potrà rivolgersi a:

- NET INSURANCE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- mail: sinistri_CPI_findomestic@netinsurance.it

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

ART. 12.1 - DECESSO

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito dell'Assicuratore, in versione sempre aggiornata) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
- dati del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- relazione del medico curante circa le cause del decesso, completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla Malattia che ha causato il decesso.

In caso di decesso avvenuto in seguito ad Infortunio, omicidio o suicidio:

- copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
- verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso.

Nei casi di richieste di liquidazione effettuate senza l'intervento dell'Intermediario e/o per particolari casistiche, l'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere l'autentica della firma del richiedente.

L'Assicuratore esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore del Beneficiario entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra e dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore del Beneficiario sono dovuti gli interessi legali.

Inoltre, il Beneficiario deve:

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

ART. 12.2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito dell'Assicuratore in versione sempre aggiornata) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
- dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
- indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- descrizione delle modalità di accadimento dell'Infortunio, con evidenza della data e del luogo in cui si è verificato;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificato di Pronto Soccorso;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI

(Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



ART. 12.3 – INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- 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;
- dichiarazione della Banca attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

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

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

Art. 12.3.1 Denunce successive - sospensione delle prestazioni

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

ART. 13 DISPOSIZIONI COMUNI

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

L'Assicurato deve inoltre:

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

ART. 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 e Inabilità Temporanea Totale).

ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la Copertura Assicurativa può cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini dei limiti assuntivi di cui precedente art. 3.1.

ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

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 sul Modulo di Adesione.

ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ASSICURATO

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

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

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

ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

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

ART. 20 HOME INSURANCE (Area Riservata)

La Compagnia ha reso disponibile sul proprio Sito (<https://www.netinsurance.it>) un'Area internet riservata al Contraente (la cosiddetta area Home Insurance) accessibile tramite credenziali ottenibili con e-mail, codice fiscale e numero della tua Polizza. In tale Area è possibile consultare il Contratto e le coperture assicurative in essere con la Compagnie e gestire telematicamente il Contratto (effettuare il pagamento del Premio, denunciare un Sinistro, richiedere la modifica di dati personali).

ART. 21 FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE

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

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 23 RECLAMI

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

per la Copertura Decesso:

Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

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

per le Coperture Danni (Invalidità Totale Permanente e Inabilità Temporanea Totale):

Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA

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

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

Se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), lei deve inviare una comunicazione scritta a quest'ultimo. 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,

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

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.

Gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.

ART. 27 SANZIONI

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

ART. 28 MODIFICHE ALMODULO DI ADESIONE

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione, devono essere approvate dalle Compagnie di Assicurazione. La variazione delle informazioni da parte dell'Assicurato deve essere comunicata per iscritto.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



TABELLE DELLA GARANZIE

GRANZIA DECESSO

Assicurati garantiti	Rischio	Prestazione
Tutti	Decesso, per qualsiasi causa, fermo quanto previsto dalle esclusioni di polizza	Indennità pari al debito residuo in linea capitale risultante alla data del Decesso, eventualmente modificatosi anche per esercizio delle opzioni Cambio Rata o Salto Rata, esclusi eventuali importi di rate scadute e non pagate.

Franchigia: non prevista

Carenza: non prevista

GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Assicurati garantiti	Rischio	Prestazione
Tutti	Invalidità Permanente Totale dovuta a Infortunio o Malattia non inferiore al 60%, verificatisi dopo la Data di Decorrenza e durante la validità della copertura, fermo quanto previsto dalle esclusioni di polizza. La valutazione dell'invalidità non tiene conto di eventuali stati di invalidità già presenti al momento dell'adesione.	La prestazione assicurata è pari al Debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro, eventualmente modificatosi anche per esercizio delle opzioni Cambio Rata o Salto Rata. L'Indennità sarà al netto di eventuali altri indennizzi già pagati per lo stesso evento in virtù della garanzia Inabilità Temporanea Totale e di eventuali importi di rate scadute e non pagate. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, il giorno in cui si è stabilizzato il quadro clinico secondo la relazione del medico-legale. Il grado di invalidità permanente si calcola in base alle tabelle INAIL.

Franchigia: assoluta pari al 60%.

Carenza: non prevista

Per data del Sinistro si intende:

1. In caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia: il giorno in cui si è stabilizzato il quadro clinico secondo la relazione medico-legale. Se questa non ci fosse, il giorno di presentazione della domanda alla ASL, all'INPS o all'INAIL;
2. In caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio: il giorno in cui si è verificato.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE

Assicurati garantiti	Rischio	Prestazione
Tutti	Inabilità Temporanea Totale dovuta a Infortunio o Malattia, fermo quanto previsto dalle esclusioni di polizza.	Se l'Assicurato è ancora inabile dopo il periodo di Franchigia, riceve un'Indennità pari alle rate mensili del Finanziamento che scadono durante il restante periodo di inabilità, secondo il piano di rimborso risultante alla data del sinistro, eventualmente modificatosi anche per esercizio delle opzioni Cambio Rata o Salto Rata, Se l'Assicurato riprende l'attività lavorativa o riacquista la capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ed entro 60 giorni deve di nuovo interrompere il lavoro per la stessa Malattia o Infortunio, la copertura viene ripristinata senza alcun periodo di Franchigia. Se invece la causa è diversa, rispetto all'interruzione precedente, viene preso in considerazione un nuovo periodo di Franchigia.

Franchigia: assoluta 30 giorni

Carenza: nessuna

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO

ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

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

- il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace; NET INSURANCE LIFE S.p.A. corrisponde il Capitale assicurato all'epoca del Sinistro dell'Assicurato così come definito al successivo art. 30. In caso di estinzione anticipata e surroga del finanziamento si rinvia a quanto previsto all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione. Nel caso l'Assicurato non sia colpito da Sinistro nel corso della durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il premio pagato per la copertura caso Decesso resterà acquisito da NET INSURANCE LIFE S.p.A.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 31;
- gli aventi causa dell'Assicurato abbiano adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 12.1.

ART. 30 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce, ai Beneficiari indicati all'art. 9, il pagamento di un importo pari al Debito residuo previsto dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento calcolato alla data del Decesso, eventualmente modificatosi anche per effetto dell'esercizio delle opzioni Cambio Rata o Salto Rata e al netto di rate insolute. La Copertura Assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente al decesso dell'Assicurato.

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti dei seguenti massimali:

- per i finanziamenti a rata costante: 80.000 euro per Sinistro;
- per i finanziamenti a rata flessibile: 60.000 euro per Sinistro

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

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento si rinvia a quanto indicato all'art 11 delle presenti Condizioni 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 quanto diversamente specificato e nei casi in cui il decesso sia causato da:

- dolo del Beneficiario e dell'Assicurato;
- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento dell'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;
- 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);

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

inoltre, è escluso il Decesso causato da:

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

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.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART. 34 PRESTAZIONI ASSICURATE

La presente garanzia prevede, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60%, della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato eserciti o meno un'attività professionale, nel corso del periodo di vigore della Copertura Assicurativa e con età dell'Assicurato non superiore ai 78 anni, 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, eventualmente modificatosi anche per effetto dell'esercizio delle opzioni Cambio Rata o Salto Rata, al netto di eventuali altri indennizzi già pagati per lo stesso evento in virtù delle garanzie Inabilità Temporanea Totale e di eventuali rate insolute.

Per data del Sinistro si intende:

1. In caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia: il giorno in cui si è stabilizzato il quadro clinico secondo la relazione medico-legale. Se questa non ci fosse, il giorno di presentazione della domanda alla ASL, all'INPS o all'INAIL;
2. In caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio: il giorno dell'Infortunio.

Il grado di Invalidità Permanente Totale si calcola in base alle tabelle INAIL sull'indennizzo del danno biologico (art. 13 del D. Lgs 38/2000 e successive modifiche e integrazioni).

L'Indennizzo sarà pagato nei limiti dei seguenti massimali:

- per i finanziamenti a rata costante: 80.000 euro per Sinistro;
- per i finanziamenti a rata flessibile: 60.000 euro per Sinistro

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Totale Permanente, saranno detratti dall'importo dovuto per l'Invalidità Totale Permanente.

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

La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli artt. 4, 9 e 14 che precedono.

ART. 35 ESCLUSIONI

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

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento dell'adesione;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti,

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;

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

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

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

ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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, con esclusione di eventuali incrementi o decrementi di rata derivanti dall'esercizio dell'opzione Cambio Rata, durante il periodo di inabilità relativo al sinistro, 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 1.500 al mese, per un massimo di 24 Rate mensili per Sinistro e 36 Rate mensili per tutta la durata contrattuale e per ciascun Assicurato.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere.

Se l'evento colpisce un Non Lavoratore, l'Inabilità Temporanea Totale è la perdita temporanea e totale della capacità dell'Assicurato di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ossia di svolgere e di gestire i propri affari familiari, personali o domestici 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 30 (trenta) giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa.

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

Se l'Assicurato riprende l'attività lavorativa o riacquista la capacità di dedicarsi alle occupazioni ordinarie e quotidiane ed entro 60 giorni deve di nuovo interrompere il lavoro per la stessa Malattia o Infortunio, la copertura viene ripristinata senza alcun periodo di Franchigia. Se invece la causa è diversa rispetto all'interruzione precedente, viene preso in considerazione un nuovo periodo di Franchigia. Se è stata esercitata l'opzione Salto Rata, l'indennità non sarà dovuta in relazione alle rate mensili posticipate.

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 dell'adesione;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- stato di ubriachezza/ebbrezza:
 - qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;
 - in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti o risse a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

- infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:
 - uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - pratica di tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore/vela in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala francese, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, sport aerei in genere;
 - svolgimento delle seguenti attività professionali:
 - militari, quando in servizio attivo all'Estero
 - attività circensi e stuntman
 - attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere.

ART. 39 DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di 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.

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

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

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

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

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

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI

(Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



stragiudiziale e giudiziale i diritti delle Compagnie. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse delle Compagnie alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

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

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

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

4) Modalità del trattamento dei dati

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

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

5) Destinatari dei dati

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

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede delle Compagnie. I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



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

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell’Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)

Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa



MODULO DI ADESIONE



Codice: _____

Prodotto assicurativo _____

Finanziamento _____

Numero pratica finanziamento _____

Modulo di Adesione

alle Polizze Collettive n° 850 e n° 851 tra Findomestic Banca SpA e Net Insurance S.p.A. e Net Insurance Life S.p.A.
(copertura assicurativa FACOLTATIVA e NON NECESSARIA per ottenere il finanziamento)

Io, Aderente

Nome Cognome		Codice fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita (città) Prov.	
Nazionalità (Pese)		Cittadinanza	Professione
Tipo Documento	Numero		Ritiro/cessazione
Data rilascio	Luogo di Rilascio		Data scadenza documento
Indirizzo di residenza			
Città	Provincia	CAP	Stato
Telefono _____ email _____			
Domicilio abituale/indirizzo di corrispondenza (se diverso dalla residenza)			
Città	Provincia	CAP	Stato
IBAN _____			
Lista PEP/PIL SI ☐ NO ☐			
Origine dei fondi (PEP)		Reddito Annuo Lordo	

DESIGNAZIONE NOMINATIVA BENEFICIARIO I

Dati relativi al beneficiario in caso di Decesso dell'Assicurato

Attenzione che la mancata designazione nominativa del Beneficiario potrà comportare, nel caso di decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario stesso. La revoca o la modifica del Beneficiario devono essere comunicati all'Assicuratore.

Ragione Sociale / Nome Cognome		Partita Iva / Codice fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita (città)	
Indirizzo Sede Legale / Indirizzo di residenza			
Città	Provincia	CAP	Stato
Telefono		email	
Legame con il Beneficiario: ☐ Familiare ☐ Affettivo ☐ Coobbligato ☐ Garante ☐ Legale Rappresentante			
☐ Delegato ☐ Legami di affari/Socio			
☐ Desidero che la Compagnia escluda l'invio di comunicazioni al beneficiario prima del verificarsi dell'evento			

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

DESIGNAZIONE NOMINATIVA BENEFICIARIO 2

Dati relativi al beneficiario 2 in caso di Decesso dell'Assicurato

Attenzione che la mancata designazione nominativa del Beneficiario potrà comportare, nel caso di decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario stesso. La revoca o la modifica del Beneficiario devono essere comunicati all'Assicuratore.

Ragione Sociale / Nome Cognome		Partita Iva / Codice Fiscale	
Data di nascita	Sexo	Luogo di nascita (città)	
Indirizzo Sede Legale / Indirizzo di residenza			
Città	Provincia	CAP	Stato
Telefono		email	
Legame con il Beneficiario: ☐ Familiare ☐ Affettivo ☐ Coobbligato ☐ Garante ☐ Legale Rappresentante			
☐ Delegato ☐ Legami di affari/Socio			
☐ Desidero che la Compagnia escluda l'invio di comunicazioni al beneficiario prima del verificarsi dell'evento			

BENEFICIARIO GENERICO

☐ I MIEI EREDI (in caso di decesso, i tuoi beneficiari saranno i tuoi eredi legittimi o testamentari a seconda della presenza o meno di testamento)

DESIGNAZIONE TERZO REFERENTE (non può coincidere con il Beneficiario)

Qualora Lei abbia specifiche esigenze di riservatezza, all'interno del Questionario integrativo del modulo di adesione, può indicare un Referente terzo che sarà contattato in caso di Decesso dell'Assicurato. Il Referente terzo può essere indicato anche se Lei ha deciso di non designare nominativamente i Beneficiari

Ragione Sociale / Nome Cognome		Partita Iva / Codice Fiscale	
Indirizzo Sede Legale / Indirizzo di residenza			
Città	Provincia	CAP	Stato
Telefono		email	

CONFERMO:

- di aver ricevuto in forma cartacea o su altro supporto durevole, letto, ben compreso e accettato, prima di firmare questa dichiarazione:
 - il MUA - Modello Unico Precontrattuale del Regolamento IVASS 40/2018 e successive disposizioni modificative;
 - la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni (set informativo) delle Polizze collettive n° 850 e n° 851 e l'Informativa privacy;
- che mi è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare la coerenza delle Polizze alle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa
- di sapere che, in caso di Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, il numero delle Indennità mensili non sarà necessariamente uguale al numero delle rate del finanziamento che ancora rimangono da pagare
- di conoscere che, nel caso di esercizio dell'opzione Cambio Rata o Salto Rata eventualmente previste in mio favore dal contratto di finanziamento, la copertura assicurativa continuerà ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, ed accettando espressamente che, in tal caso, sarà tenuto al pagamento di un Premio di importo e durata differenti rispetto a quello iniziale sottoindicato, secondo quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione
- di sapere che è possibile richiedere alle Compagnie le credenziali per l'accesso all'area riservata

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

e, dunque, **ADERISCO**
alle Polizze collettive n° 850 e n° 851, indicando come Assicurato me stesso/a

ATTENZIONE: costi per l'Aderente

I costi totali mensili della copertura assicurativa per la durata stabilita sono di _____ euro (di cui _____ euro riconosciuti all'intermediario).

Il premio si paga in anticipo e periodicamente. Il premio si paga con le stesse modalità previste per il rimborso delle rate del Finanziamento (ferma la possibilità di utilizzare strumenti elettronici per il pagamento del premio, dove ciò sia possibile presso l'intermediario) e con periodicità mensile.

In caso di esercizio dell'opzione Cambio Rata con conseguente variazione dell'importo della rata del Finanziamento, così come della durata del suo piano di rimborso, i costi totali mensili riferiti alla copertura assicurativa resteranno pari al _____%, da calcolare sulla nuova rata di finanziamento (di cui il 50,00% del premio imponibile è riconosciuto all'intermediario).

L'importo del Premio relativo alle singole garanzie è indicato all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

Ai fini dell'accesso in copertura, nella qualità di Assicurato rispondo, come di seguito, alle domande che mi sono poste:

- Confermi che non ti è mai stata riconosciuta da una Compagnia di Assicurazione, dall'INPS, dall'INAIL o altro Ente preposto una Invalidità Permanente da malattia o infortunio di grado pari o superiore a 40%, (la dichiarazione non riguarda le invalidità Permanenti riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)?	☐ SI ☐ NO
- Confermi di non ricevere una pensione di invalidità o non aver presentato domanda per ottenerla (la dichiarazione non riguarda pensioni di invalidità eventualmente riconosciute per patologie mentali/psichiatriche)?	☐ SI ☐ NO

DICHIARO INOLTRE:

- di aver ricevuto copia dei moduli sanitari eventualmente da me firmati

ATTENZIONE: dichiarazioni dell'Assicurato sulle condizioni di assicurabilità e sul suo stato di salute

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
- Prima di firmare è necessario verificare che le dichiarazioni, comunicate con il questionario medico o in qualsiasi forma, siano precise e veritiere.
- Anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo effettivo stato di salute con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Si specificano di seguito i seguenti significati:

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

Condizioni di Assicurazione – FLESSIBILE PER TUTTI (Polizze Collettive n. 850 e n. 851)



Polizza Collettiva ad Adesione facoltativa

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

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

CLAUSOLE VESSATORIE

Dichiaro di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, le condizioni sulla copertura assicurativa e, in particolare, gli artt. 3 "Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione"; 4 "Limiti di indennizzo"; 7 "Decorrenza e durata della copertura assicurativa"; 8 "Diritto di revoca, recesso, disdetta"; 33, 36, 40 "Denuncia del sinistro ed obblighi relativi"; 30, 34, 37 "Prestazioni assicurate"; 31, 35, 38 "Esclusioni".

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, fornita ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR") da Net Insurance Life S.p.A. e Net Insurance S.p.A. tramite il documento "Informativa sulla protezione dei dati personali" contenuto nelle Condizioni di Assicurazione, che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte delle Compagnie e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO