

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

NET INFORTUNI

Contratto multirischi di durata annuale a protezione dagli Infortuni

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 04/2022

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

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



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

Che tipo di Assicurazione è?

E' un'assicurazione danni destinata alla protezione dei Rischi attinenti alla protezione dagli Infortuni (e da Malattia per la Garanzia Invalidità Permanente Totale e Assistenza alla Persona) dei Clienti di Banca.



Che cosa è assicurato?

Il Contraente può opzionare il Piano Assicurativo A, B, C, D e scegliere il piano di indennizzo (Base o Medio o Alto).

Piano Assicurativo A – Sezione 1 - INFORTUNI e Sezione 3 - ASSISTENZA ALLA PERSONA

✓ **Morte da Infortunio:** nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza la morte, l'Assicuratore garantisce l'Indennizzo corrispondente al seguente Capitale assicurato:

€ 100.000,00 per Piano di Indennizzo BASE

€ 200.000,00 per Piano di Indennizzo MEDIO

€ 300.000,00 per Piano di Indennizzo ALTO

✓ **Indennitaria Infortuni:** a seguito di Infortunio – rientrante nell'elenco previsto dall'Assicuratore – l'Assicuratore garantisce il pagamento di un Indennizzo a titolo di rimborso forfettario – sulla base del piano di Indennizzo prescelto - indipendente dall'ammontare delle spese sostenute.

✓ **Assistenza alla Persona:** nei casi di Infortunio o Malattia delle persone Assicurate, l'Assicuratore per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa Europ Assistance Italia S.p.A., mette a loro disposizione una Centrale Operativa h24 in grado di fornire Prestazioni utili in caso di difficoltà ed emergenza

Piano Assicurativo B – Sezione 1 – INFORTUNI

✓ **Rimborso Spese Mediche da Infortunio:** in caso di Infortunio, l'Assicuratore rimborsa le spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro fino alla concorrenza del seguente Capitale assicurato:

€ 2.000,00 per Piano di Indennizzo BASE

€ 3.000,00 per Piano di Indennizzo MEDIO

€ 5.000,00 per Piano di Indennizzo ALTO

Piano Assicurativo C – Sezione 1 - INFORTUNI

✓ **Diaria ospedaliera da Infortunio:** in caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio, l'Assicuratore corrisponde la Diaria - sulla base del piano di Indennizzo prescelto - per ogni giorno di Ricovero, documentato da cartella clinica, con il massimo di 300 giorni per Sinistro ed Anno assicurativo.

✓ **Diaria Gessatura/Apparecchio terapeutico amovibile:** in caso di Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile, resi necessari da Infortunio, anche se indipendenti dal Ricovero, l'Assicuratore corrisponde la diaria prevista per il Ricovero fino alla rimozione dell'Apparecchio terapeutico amovibile e comunque per un massimo di 30 giorni.

Piano Assicurativo D – Sezione 2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

✓ **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia:** in caso di Infortunio o Malattia verificatisi durante il periodo di durata dell'Assicurazione che abbia per conseguenza una invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato, di grado superiore al 50% della totale, l'Assicuratore corrisponde l'intero Capitale Assicurato.



Che cosa non è assicurato?

✗ L'Assicurazione non opera per le garanzie non acquistate; sono sempre esclusi i danni commessi con dolo del Contraente o dell'Assicurato.

✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla Malattia di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

✗ **Per la Sezione 1 – INFORTUNI e la Sezione 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA** non sono assicurabili le persone con età superiore a 70 anni. Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il 75° anno di età durante il periodo di validità del contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa la prima scadenza annua successiva.

✗ **Per la Sezione 2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA** non sono assicurabili le persone con età superiore a 60 anni. Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il 65° anno di età durante il periodo di validità del contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa la prima scadenza annua successiva.



Ci sono limiti di copertura?

Sono previsti scoperti.

- ! **Sezione Infortuni:** La Garanzia Rimborso Mediche da Infortunio viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 500,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro. La presente Assicurazione prevede i seguenti periodi di Carenza per i Sinistri conseguenti a Malattia:
- 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte dopo tale data;
 - 180 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte precedentemente a tale data e alla data stessa, non note all'Assicurato o non manifestatesi.



Dove vale la copertura

Le coperture valgono per i sinistri avvenuti in tutto il mondo.

- **Assistenza alla Persona** alcune prestazioni sono valide solo in Italia.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno, ovvero il diritto di rivalsa per i danni risarciti obbligatoriamente a terzi.

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



Quanto e come devo pagare?

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.

Il premio delle garanzie della Sezione Infortuni è calcolato sulla base del Piano assicurativo prescelto ed in relazione dell'attività professionale svolta dall'Assicurato.

Il Premio annuo di durata è frazionabile a scelta del Contraente e senza oneri aggiuntivi, in rate mensili.

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Fermo il periodo di carenza, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

Il contratto ha durata annuale con tacito rinnovo. Salvo disdetta, il contratto si rinnova automaticamente ad ogni scadenza annuale per un altro anno e così successivamente di anno in anno, ma è comunque facoltà di ciascuna delle Parti di rescindere l'Assicurazione al termine di ogni annualità.



Come posso disdire la polizza?

Puoi impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Contratto di Assicurazione Multirischi a Premio Annuo.



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia: Net Insurance S.p.A.

Data ultimo aggiornamento: 04/2022

Prodotto: NET INFORTUNI

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione del contratto.

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Net Insurance - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con Provv. IVASS n. 2591 del 14/02/2008 e nel Ramo Vita IV con Provv. IVASS n. 223416 del 16/11/2020. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.000164.

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 85,2 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 67,5 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 43,6 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 15,5 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 77,2 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 196,04%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2021 disponibili sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che Cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono espresse di seguito maggiori informazioni.

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) dell'attività professionale svolta abitualmente;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità (extraprofessionale);

anche se derivanti da:

- negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi;
- aggressioni, o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- atti di temerarietà, **soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;**

sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili:

- 1) gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- 2) l'asfissia non dipendente da patologie pregresse;
- 3) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento accidentale e acuto di sostanze;
- 4) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
- 5) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali (**con esclusione della malaria e delle malattie tropicali**);
- 6) le conseguenze dell'embolia gassosa, **purché non conseguenti a pratica subacquea;**
- 7) gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati:**

- **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili in esercizio da parte di aeroclubs;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**

la copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

Garanzia Morte da Infortunio:

Morte Presunta

Qualora, a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuta la morte, l'Assicuratore liquida, agli aventi diritto di cui sopra, il Capitale assicurato previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta.

Qualora, dopo il pagamento dell'Indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente totale eventualmente subita.

Maggiorazione dell'indennizzo in caso di commorienza dei genitori

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte di entrambi i genitori, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo supplementare per il caso morte ai:

- figli minorenni;
- figli fino a 25 anni, se studenti o non lavoratori;
- figli portatori di handicap;

tale Indennizzo supplementare è pari al:

- 50% nel caso in cui entrambi i genitori risultino Assicurati con la presente Garanzia;
- 25% nel caso in cui un solo genitore risulti Assicurato con la presente Garanzia.

Garanzia Diaria ospedaliera da Infortunio

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora di inizio del Ricovero e della dimissione.

L'Assicurazione vale anche in caso di Ricovero dell'Assicurato per Day hospital e Day surgery, purché la degenza diurna sia di almeno 5 ore senza pernottamento, in struttura sanitaria autorizzata, con rilascio di cartella clinica, di durata superiore a 2 giorni anche non continuativi per lo stesso Infortunio; in tale caso l'Indennità giornaliera è comunque corrisposta in misura pari al 50%.

Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio

Le spese rimborsate dall'Assicuratore – di seguito elencate – sono quelle sostenute nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro come conseguenza diretta dell'Infortunio stesso:

- a) Spese per il Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato: rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di Intervento, diritti di sala operatoria, medicinali;
- b) Spese per Intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) Spese per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) Spese per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) Spese per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) Spese per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia.



Che Cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sezione Infortuni

In caso di Sinistro aereo che colpisca più soggetti assicurati nella medesima Polizza, il limite aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 5.000.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dall'Assicuratore per il medesimo Sinistro aereo eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.

Nella **Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio, nel caso di** lesioni da Infortunio, la frattura è indennizzabile esclusivamente se diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio ed è certificata da esame di diagnostica per immagini effettuato in un Pronto Soccorso pubblico o in un Istituto di Cura privato autorizzato all'esercizio della diagnostica per immagini.

La **Diaria Ospedaliera da Ricovero da infortunio**, in caso di Day hospital e Day surgery, purché la degenza diurna sia di almeno 5 ore senza pernottamento, di durata superiore a 2 giorni anche non continuativi per lo stesso Infortunio, l'Indennità giornaliera è corrisposta in misura pari al 50%.

La **Diaria da Gessatura** viene corrisposta con il massimo di 30 giorni.

In relazione alle prestazioni indennitarie relative alla Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio:

- per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia.

la Garanzia è operante a condizione che le spese siano sostenute previa specifica prescrizione medica.

Le spese per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia, vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio.

La Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 500,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio.

Sezione Assistenza alla Persona

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

Sezione Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

- Alle garanzie viene applicata una franchigia assoluta pari al 50%.
- Per i sinistri conseguenti a malattia, è previsto un periodo di Carenza pari a 60 giorni per le Malattie insorte dopo la data di decorrenza dell'Assicurazione; per le Malattie insorte precedentemente a tale data, verrà invece applicato un periodo di Carenza pari a 180 giorni.

Rivalse

L'Assicuratore che ha pagato l'indennizzo relativo rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione verso i terzi responsabili del Sinistro.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Le coperture non sono operanti in caso di danni causati da:

X Sezione Infortuni:

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri;
- dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- dalla guida e uso di mezzi subacquei;
- dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- dalla pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali a puro titolo esemplificativo: pugilato, atletica pesante, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia; guidoslitta (bob);
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- dalla partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calciotto esimili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);
- da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo;
- da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
- 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, etc.).

Sono inoltre esclusi:

- gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- gli infarti e ictus;
- le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini.

X Sezione Assistenza alla Persona:

Sono escluse le prestazioni conseguenti a:

- Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;

- Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- aborto volontario non terapeutico;
- Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- Infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cure);
- tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.

X Sezione Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia:

Fermo il periodo di Carenza, sono escluse dalla garanzia assicurativa:

- le conseguenze di Infortuni e Malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione e note all'Assicurato (anche eventualmente non emerse nel "Questionario Sanitario");
- gli Infortuni e le Malattie derivanti da guerra, insurrezioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, tsunami ed alluvioni;
- gli Infortuni e le Malattie causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopoterapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- gli Infortuni e le Malattie causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze di interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- gli Infortuni derivanti dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi elicotteri e ultraleggeri;
- gli Infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei;
- gli Infortuni dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: paracadutismo, parapendio, bungee jumping;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica di: sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica, anche a carattere non professionale, di: arti marziali, pugilato, atletica pesante;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica, non avente carattere ricreativo, di: hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica;
- gli Infortuni derivanti dalla partecipazione, quale pilota o membro dell'equipaggio, ad allenamenti, competizioni o gare automobilistiche / motociclistiche / motonautiche;
- le Malattie derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche non effettuati sotto il diretto controllo medico;
- qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia sinistro: L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso all'Assicuratore, entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. La denuncia deve essere corredata di certificato medico e deve contenere indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
	Assistenza diretta in convenzione: Le prestazioni che l'assicurato riceve da soggetti, enti o strutture diverse dall'Assicuratore sono quelle del personale che interviene in forza della garanzia "Assistenza" (si veda il riquadro successivo).
	Gestione da parte di altre imprese: Net Insurance S.p.A. ha affidato la gestione dei Sinistri Assistenza a Europ Assistance Italia S.p.A.
	Prescrizione: si rammenta al Contraente che i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono, in base al codice civile, in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni false o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.



Quanto e come devo pagare?

Premio	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni. - Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premi successive l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21° giorno°; - Nel caso in cui il pagamento del Premio o delle successive rate di Premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di Carenza vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento; - Il Premio di Assicurazione è comprensivo di imposta.
Rimborso	Entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente il premio relativo al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni non sono presenti maggiori informazioni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il ripensamento dopo la stipulazione. Tuttavia, qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha la facoltà di recedere dalla copertura assicurativa nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio.
Risoluzione	Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e l'Assicuratore possono recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione all'altra parte con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata, con preavviso di 30 giorni.



A chi è rivolto questo prodotto

Il contratto è rivolto a coloro che vogliono assicurare i rischi di eventi gravi ed imprevisti che possono compromettere la salute e l'integrità fisica dell'Assicurato.



Quali costi devo sostenere?

Sul Premio pagato, incidono i seguenti costi per l'intermediazione assicurativa, a carico del Contraente:

- quota parte del premio imponibile in valore percentuale, percepita in media per l'intermediazione assicurativa pari al 30,00%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>I reclami, intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo (Regolamento ISVAP n. 24 del 2008, art. 2 lett. t bis), devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a:</p> <p style="text-align: center;">Net Insurance S.p.A. - Ufficio Reclami Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 Roma Fax 06 89326.570 - Pec: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it</p> <p>Al fine di un'ottimale gestione dei reclami devono essere forniti i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none">• nome, cognome e domicilio del reclamante ed eventuale recapito telefonico e/o indirizzo email;• numero di polizza;• numero di sinistro, qualora aperto;• individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;• breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;• ogni documentazione utile a sostegno della lamentela unita in allegato. <p>L'Assicuratore, ricevuto il reclamo, ha 45 giorni (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di reclamo relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del reclamo) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile.</p> <p>Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni (prorogabile per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso sopra indicato), prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a:</p> <p style="text-align: center;">800486661 – Fax 06.42133745 – 42133353 www.ivass.it</p> <p>La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, indirizzo postale, indirizzo email - se disponibile anche indirizzo PEC, eventuale recapito telefonico);• individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;• breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;• copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

	<ul style="list-style-type: none"> • ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.</p> <p>Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi; • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza); • i reclami già presentati direttamente all'impresa di assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente; • i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere.
--	--

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

Mediazione	<p>Tutte le controversie relative ai contratti di assicurazione stipulati con la Net Insurance S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana, pertanto resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it).</p> <p>Per i prodotti ove previsto è possibile l'utilizzo dell'Arbitrato, nella forma e nella modalità previsti dalle condizioni di assicurazione.</p> <p>Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.</p>
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://ec.europa.eu/finance/fin-net/), o all'IVASS che provvede all'inoltro dandone notizia al reclamante.

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

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

Sommario

PREMESSA.....	3
GLOSSARIO.....	4
NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE.....	7
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.....	7
Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio	7
Art. 3 - Effetto, durata e recesso del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza.....	7
Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione.....	7
Art. 5 - Forma delle comunicazioni.....	7
Art. 6 - Aggravamento del Rischio e variazione attività professionale.....	7
Art. 7 - Diminuzione del Rischio.....	8
Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro	8
Art. 9 - Riduzione dei capitali assicurati	8
Art. 10 – Somme assicurate	8
Art. 11 - Validità territoriale	8
Art. 12 - Colpa grave.....	8
Art. 13 - Buona fede.....	8
Art. 14 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza.....	8
Art. 15 - Oneri fiscali	8
Art. 16 - Altre assicurazioni.....	9
Art. 17 - Limite massimo dell'Indennizzo	9
Art. 18 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	9
Art. 19 - Legge applicabile.....	9
Art. 20 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto	9
Art. 21 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario.....	9
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE DELLE SEZIONI 1, 2 e 3.....	9
Art. 22 – Oggetto della copertura.....	9
Art. 23- Limiti di età	10
Art. 24 - Dichiarazioni di buono stato di salute - Questionario Sanitario.....	10
SEZIONE 1 – INFORTUNI.....	11
Art. 25 – Garanzia morte da infortunio	11
Art. 26 – Garanzia Indennitaria Infortuni	11
Art. 27 – Garanzia Diaria da Ricovero.....	11
Art. 28 – Garanzia Gessatura ed apparecchio terapeutico amovibile	12
Art. 29 – Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio	12
Art. 30 - Persone non assicurabili	12
Art. 32 - Obblighi di denuncia ed oneri relativi	13
Art. 33 - Criteri di indennizzabilità.....	13
SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA	14
Art. 34 - Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia	14
Art. 35 - Periodo di Carenza	14
Art. 36 - Esclusioni.....	14
Art. 37 -Denuncia del Sinistro ed obblighi relativi	15
Art. 38 - Criteri di indennizzabilità della garanzia Invalidità permanente totale da Infortunio.....	15
Art. 39 - Criteri di indennizzabilità della garanzia Invalidità permanente totale da Malattia	16
Art. 40 - Cumulo di Indennizzi.....	16
Art. 41 – Pagamento dell'Indennizzo.....	16
Art. 42 - Rinuncia al diritto di surrogazione.....	17
Art. 43 - Arbitrato.....	17
SEZIONE 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA.....	17
Art. 44 - Oggetto della Garanzia Assistenza alla Persona	17
Art. 45 - Esclusioni.....	20
Art. 46 - Come attivare le prestazioni Assistenza persona.....	20

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

<i>ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI</i>	22
<i>ALLEGATO B) ELENCO DEGLI INFORTUNI E DEI RELATIVI INDENNIZZI</i>	24
<i>INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</i>	1
<i>CONTATTI UTILI</i>	1

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

PREMESSA

NET INFORTUNI è il prodotto multigaranzia appositamente studiato per gli Assicurati che intendono proteggerisi dalle conseguenze derivanti da un Infortunio o da un'Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio o Malattia.

NET INFORTUNI prevede piani assicurativi prestabiliti e per ciascuno più livelli di copertura (piani di indennizzo) che permettono di poter costruire la propria protezione assicurativa in base a specifici bisogni. Il prodotto prevede di poter estendere la copertura assicurativa ai componenti di un nucleo familiare, beneficiando in tal modo di uno sconto crescente in base al numero di persone che si vorrà includere in polizza.

Il prodotto è suddiviso in 3 Sezioni secondo lo schema seguente:

SEZIONE 1 - INFORTUNI

Garanzia **Morte da Infortunio**

Garanzia **Indennitaria Infortuni**

Garanzia **Rimborso Spese Mediche da Infortunio**

Garanzia **Diarìa Ospedaliera da Infortunio**

Garanzia **Gessatura/Apparecchio terapeutico amovibile**

SEZIONE 2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Garanzia **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia**

SEZIONE 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

Garanzia **Assistenza alla Persona**

Il Contraente – selezionata la **Formula** Individuale o Nucleo Familiare - può opzionare uno o più Piani assicurativi tra A, B, C e D e scegliere il piano di indennizzo (Base o Medio o Alto).

	GARANZIE
PIANO ASSICURATIVO A	Morte da Infortunio
	Indennitaria Infortuni
	Assistenza alla Persona

PIANO ASSICURATIVO B	GARANZIA
	Rimborso Spese Mediche da Infortunio

	GARANZIE
PIANO ASSICURATIVO C	Diarìa Ospedaliera da infortunio
	Gessatura /Apparecchio terapeutico amovibile

PIANO ASSICURATIVO D	GARANZIA
	Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia

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

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



GLOSSARIO

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

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalle ore 24.00 della data di effetto.

Arbitrato

Le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (lodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assistenza

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

Assicuratore

Net Insurance S.p.A.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Beneficiario

Persona fisica o persona giuridica/Ditta individuale, che può coincidere o meno con l'Assicurato stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.

Capitale Assicurato

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

Carenza

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

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione a favore degli Assicurati.

Controversia

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

Danni

I danni indennizzabili ai sensi di Legge in conseguenza di morte o lesioni personali.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, l'Assicuratore procede al pagamento dell'indennizzo e per la quale sia stato pagato il relativo premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Indennizzo / Indennità

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun sinistro e anno assicurativo, l'Assicuratore presta la garanzia.

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone legate da vincolo di parentela, di affinità o di fatto con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Rischio

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

Scoperto

La parte di danno, indennizzabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Sinistro

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

Struttura Organizzativa

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

Transazione

Accordo con il quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.



Definizioni specifiche dell'Area Rischi Persone

Apparecchio terapeutico amovibile

Dispositivo utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale, o per osteosintesi, reso necessario da lesioni traumatiche conseguenti ad infortunio.

Convalescenza

Periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti.

Day hospital

La degenza in Istituto di cura senza pernottamento, documentata da cartella clinica.

Day surgery

La degenza in Istituto di cura senza pernottamento, documentata da cartella clinica, utilizzata nel caso in cui l'utente debba sottoporsi ad interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive che non richiedano il pernottamento in ospedale.

Difetti fisici

La mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.

Frattura

Soluzione di continuità del tessuto osseo provocata da infortunio. S'intende pertanto esclusa qualsiasi lesione al solo tessuto cartilagineo od ai soli altri tessuti aventi rapporti di continuità e contiguità con l'osso.

Gessatura

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- i busti ortopedici elastici;
- i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

Infortunio

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

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in Istituto di cura o in ambulatorio, realizzabile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica, luminosa o microonde.

Invalidità Permanente Totale

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

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattie coesistenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Malattie preesistenti

La malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.

Malformazione

Ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.

Manifestazione

Sintomatologia oggettiva della malattia.

Questionario Sanitario

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

Il Questionario Sanitario deve essere compilato e



Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI

Polizza multirischi di durata annuale

sottoscritto dall'Assicurando per la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.

Ricovero

La degenza, comportante almeno un pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (esclusi

stabilimenti termali).

Tabella INAIL

Tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni.

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI

Polizza multirischi di durata annuale



NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.

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

Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio

Fermo il periodo di Carenza di cui all'art. 35, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art.1901 c.c., l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Nel caso in cui il pagamento del Premio o delle successive rate di Premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di Carenza di cui all'art. 35 vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

L'Assicurazione ha durata annuale.

In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.

Qualora il valore del premio sia uguale o maggiore ad € 120,00, lo stesso è frazionabile a scelta del Contraente in rate mensili senza nessuna maggiorazione.

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

Art. 3 - Effetto, durata e recesso del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza

A parziale deroga di quanto disposto dell'Art. 2, qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di sottoscrivere il presente contratto (data di effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto, salvo il diritto di recesso consentito al Contraente dalla Legge. **Il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio**, comunicando all'Assicuratore la propria volontà, a sua scelta:

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

L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Fermo il resto.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

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

Art. 6 - Aggravamento del Rischio e variazione attività professionale

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del Rischio.

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c..

Fermo il disposto dell'Art. 1, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali o delle altre attività dichiarate senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione scritta all'Assicuratore, in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:

- l'Indennizzo sarà corrisposto integralmente se le diverse attività non aggravano il Rischio;

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

- **L'Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, in base alle percentuali indicate nella tabella sottoindicata, se all'attività in questione corrisponde un Rischio maggiore.**

Per la valutazione del grado di Rischio delle varie attività professionali si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportate nell'ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI riportato nello specifico allegato "A" che forma parte integrante del presente contratto.

In caso di attività non specificate in detto elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad un'attività elencata.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE AL MOMENTO DEL SINISTRO	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III
Classe 1	100%	100%	100%
Classe 2	70%	100%	100%
Classe 3	40%	80%	100%

Art. 7 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio l'Assicuratore è tenuto a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 c.c., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.

In caso di recesso esercitato dall'Assicuratore, quest'ultimo, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Rischio non corso.

Il presente disposto non è applicabile in caso di Sinistro inerente la SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.

Art. 9 - Riduzione dei capitali assicurati

In caso di Sinistro, i Capitali assicurati con le singole Garanzie di Polizza ed i relativi limiti di Indennizzo, si intendono ridotti con effetto immediato e fino al termine del periodo di Assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile senza corrispondente restituzione del Premio.

Qualora a seguito del Sinistro stesso l'Assicuratore decida invece di recedere dal contratto si farà luogo al rimborso del Premio, al netto dell'imposta, non goduto sulle somme assicurate rimaste in essere.

Art. 10 – Somme assicurate

Per ogni forma di garanzia, l'Assicurazione viene prestata dall'Assicuratore per le somme indicate nelle presenti Condizioni di Assicurazione, previo pagamento del relativo Premio.

Art. 11 - Validità territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole coperture, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 12 - Colpa grave

L'Assicurazione è efficace anche per i Danni determinati da colpa grave dell'Assicurato.

Art. 13 - Buona fede

L'omissione della comunicazione, da parte del Contraente, di una circostanza eventualmente aggravante il Rischio successiva alla stipulazione della presente Polizza, non pregiudica il diritto al risarcimento dei Danni, sempreché tale omissione sia avvenuta in buona fede, e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Assicuratore il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 14 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

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

Art. 15 - Oneri fiscali

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

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

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Art. 16 - Altre assicurazioni

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

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

Art. 17 - Limite massimo dell'Indennizzo

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

Art. 18 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

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

Art. 19 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 20 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna Indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o Indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Art. 21 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario

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

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE DELLE SEZIONI 1, 2 e 3

COSA È ASSICURATO

Art. 22 – Oggetto della copertura

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) dell'attività professionale svolta abitualmente;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità (extraprofessionale);
anche se derivanti da:
 - 1) negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi, a parziale deroga dell'art. 1900 c.c.;
 - 2) aggressioni, o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**, a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.;
 - 3) atti di temerarietà, **soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa**;
sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili;
 - 4) gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
 - 5) l'asfissia non dipendente da patologie pregresse;
 - 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento accidentale e acuto di sostanze;
 - 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
 - 8) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali **(con esclusione della malaria e delle Malattie tropicali)**;
 - 9) le conseguenze dell'embolia gassosa, **purché non conseguenti a pratica subacquea**;
 - 10) gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati:**
 - a) **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri**;
 - b) **su aeromobili in esercizio da parte di aeroclubs**;
 - c) **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo**;

la copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Resta convenuto che in caso di Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con l'Assicuratore, il limite aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 5.000.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dall'Assicuratore per il medesimo Sinistro aereo eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.

COSA È ASSICURATO

Art. 22 – Infortuni

Ai fini delle garanzie di cui alle Sezioni 1 – 2 – 3, l'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) dell'attività professionale svolta abitualmente;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità (extraprofessionale);
anche se derivanti da:
 - 1) negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi, a parziale deroga dell'art. 1900 c.c.;
 - 2) aggressioni, o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**, a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.;
 - 3) atti di temerarietà, **soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa**; sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili;
 - 4) gli Infortuni sofferti in stato di maleore o incoscienza;
 - 5) l'asfissia non dipendente da patologie pregresse;
 - 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento accidentale e acuto di sostanze;
 - 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
 - 8) le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali **(con esclusione della malaria e delle Malattie tropicali)**;
 - 9) le conseguenze dell'embolia gassosa, **purché non conseguenti a pratica subacquea**;
 - 10) gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati:**

a) **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; su aeromobili in esercizio da parte di aeroclubs;**

b) **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**

la copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

Resta convenuto che in caso di Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con l'Assicuratore, il limite aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 5.000.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dall'Assicuratore per il medesimo Sinistro aereo eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 23- Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto l'età degli Assicurati non potrà essere superiore:

- **per le garanzie incluse nelle SEZIONI 1 - INFORTUNI, e 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA: a 70 anni.**
Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il 75° anno di età durante il periodo di validità del contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva, fermo il ricalcolo del Premio sulla base dell'eventuale nuovo numero di Assicurati all'interno della medesima Polizza;
- **per le garanzie incluse nella SEZIONE 2 - INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA: a 60 anni.**
Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il 65° anno di età durante il periodo di validità del contratto, a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva, fermo il ricalcolo del Premio sulla base dell'eventuale nuovo numero di Assicurati all'interno della medesima Polizza.

Art. 24 - Dichiarazioni di buono stato di salute - Questionario Sanitario

Con riferimento alla SEZIONE 2 – INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA, l'Assicuratore presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni del Contraente, inerenti lo stato di salute degli

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Assicurati, riportate nel Questionario Sanitario, che sono parte integrante del contratto. Le inesattezze e le reticenze del Contraente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

SEZIONE 1 – INFORTUNI

Ciascuna delle seguenti Garanzie è valida solo se sia richiamata in Polizza, con il relativo Capitale assicurato e se sia stato pagato il relativo Premio:

LE GARANZIE

Art. 25 – Garanzia morte da infortunio

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza la morte, se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, l'Assicuratore garantisce l'Indennizzo corrispondente al Capitale assicurato indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, anche successivamente alla scadenza del contratto. L'Indennizzo sarà liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali fra loro.

Capitale assicurato:

- € 100.000,00 per Piano di Indennizzo BASE
- € 200.000,00 per Piano di Indennizzo MEDIO
- € 300.000,00 per Piano di Indennizzo ALTO

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuta la morte, l'Assicuratore liquida, agli aventi diritto di cui sopra, il Capitale assicurato previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 c.c..

Qualora, dopo il pagamento dell'Indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente Totale eventualmente subita.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI COMMORIENZA DEI GENITORI

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte di entrambi i genitori, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo supplementare per il caso morte ai:

- figli minorenni;
- figli fino a 25 anni, se studenti o non lavoratori;
- figli portatori di handicap;

tale Indennizzo supplementare è pari al:

- 50% nel caso in cui entrambi i genitori risultino Assicurati con la presente Garanzia;
- 25% nel caso in cui un solo genitore risulti Assicurato con la presente Garanzia.

Art. 26 – Garanzia Indennitaria Infortuni

L'Assicuratore garantisce il pagamento di un Indennizzo, a titolo di rimborso spese forfettario - indipendente dall'ammontare delle spese sostenute - a seguito di Infortunio rientrante nell'elenco di cui all'Allegato B) che prevede Indennizzi diversi commisurati alla classe di Piano di Indennizzo (Base o Medio o Alto).

Art. 27 – Garanzia Diaria da Ricovero

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio, l'Assicuratore corrisponde la diaria indicata nelle presenti Condizioni di Assicurazione per ogni giorno di Ricovero, documentato da cartella clinica, **con il massimo di 300 giorni per Sinistro ed Anno assicurativo.**

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora di inizio del Ricovero e della dimissione.

L'Assicurazione vale anche in caso di Ricovero dell'Assicurato per **Day hospital e Day surgery, purché la degenza diurna sia di almeno 5 ore senza pernottamento**, in struttura sanitaria autorizzata, con rilascio di cartella clinica, **di durata superiore a 2 giorni anche non continuativi per lo stesso Infortunio; in tale caso l'Indennità giornaliera è comunque corrisposta in misura pari al 50%.**

Diaria da Ricovero:

- € 50,00 per Piano di Indennizzo BASE
- € 75,00 per Piano di Indennizzo MEDIO
- € 100,00 per Piano di Indennizzo ALTO

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Art. 28 – Garanzia Gessatura ed apparecchio terapeutico amovibile

In caso di **Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile**, resi necessari da Infortunio, anche se indipendenti dal Ricovero, **viene corrisposta la diaria prevista per il Ricovero fino alla rimozione dell'Apparecchio terapeutico** amovibile e comunque per un **massimo di 30 giorni**. In caso di Sinistro che comporti anche il Ricovero tale prestazione non è cumulabile con l'Indennità giornaliera.

Art. 29 – Garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio

Nel caso di Infortunio, l'Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del Capitale assicurato indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, le seguenti spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro:

- per il Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato: rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di Intervento, diritti di sala operatoria, medicinali;
- per Intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia.

In relazione alle prestazioni indennitarie di cui alle lettere c), e) ed f), la Garanzia è operante a condizione che le spese siano sostenute previa specifica prescrizione medica.

Le spese di cui alla lettera f) vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio.

La Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 500,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio.

Capitale Assicurato:

€ 2.000,00 per Piano di Indennizzo BASE

€ 3.000,00 per Piano di Indennizzo MEDIO

€ 5.000,00 per Piano di Indennizzo ALTO

CHI E COSA COSA NON È ASSICURATO

Art. 30 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla Malattia di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi ai sensi dell'art. 1898 c.c..

Art. 31 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri;
- dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- dalla guida e uso di mezzi subacquei;
- dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- dalla pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali a puro titolo esemplificativo: pugilato, atletica pesante, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia; guidoslitta (bob)
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

- diretta che indiretta;
- h) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
 - i) dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
 - j) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calciotto e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);
 - k) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - l) da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - m) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - n) da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo;
 - o) da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
 - p) da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
 - q) 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, etc.);

Sono inoltre esclusi:

- r) gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- s) gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S);
- t) gli infarti e ictus;
- u) le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Art. 32 - Obblighi di denuncia ed oneri relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.

La denuncia dell'Infortunio deve essere inviata all'Assicuratore presso la relativa Sede legale e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e deve essere corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato deve sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della documentazione medica compresa la cartella clinica se prevista, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali secondo le norme legislative vigenti.

E' prevista la visita presso un medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, nei casi in cui l'Assicuratore ritenga di verificare la natura delle lesioni derivanti dall'Infortunio denunciato.

L'accertamento dell'Infortunio viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 365 giorni dalla ricezione della denuncia.

In caso di morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire all'Assicuratore le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

Art. 33 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti.

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'Art. 26.

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

In relazione alla Garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la Garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicuratore rimborserà le spese non riconosciute dallo stesso, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

La seguente Garanzia è valida solo se sia richiamata in Polizza, con il relativo Capitale assicurato e se sia stato pagato il relativo Premio:

COSA È ASSICURATO

Art. 34 - Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

L'Assicurazione viene prestata per il caso di Invalidità Permanente Totale, causata da Infortunio (così come previsto dall'art. 22) o Malattia verificatisi durante il periodo di durata dell'Assicurazione, che abbia per conseguenza una invalidità riduttiva in modo permanente della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato, di grado superiore al 50% della totale, diagnosticata successivamente alla data di decorrenza contrattuale e comunque non oltre la scadenza della stessa, fermo il periodo di Carenza di cui al successivo art. 41.

In caso di Sinistro, l'Indennizzo spettante è pari all'intero Capitale Assicurato.

Capitale Assicurato:

- € 50.000,00 per Piano di Indennizzo BASE
- € 75.000,00 per Piano di Indennizzo MEDIO
- € 100.000,00 per Piano di Indennizzo ALTO

LIMITI DI COPERTURA (CARENZE)

Art. 35 - Periodo di Carenza

La presente Assicurazione prevede i seguenti periodi di Carenza per i Sinistri conseguenti a Malattia:

- 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte dopo tale data;
- 180 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per le Malattie insorte precedentemente a tale data e, alla data stessa, non note all'Assicurato o non manifestatesi.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 36 - Esclusioni

Fermo il periodo di Carenza di cui all'Art. 41, sono escluse dalla garanzia assicurativa:

- le conseguenze di Infortuni e Malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione e note all'Assicurato (anche eventualmente non emerse nel "Questionario Sanitario");
- gli Infortuni e le Malattie derivanti da guerra, insurrezioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, tsunami ed alluvioni;
- gli Infortuni e le Malattie causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- gli Infortuni e le Malattie causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- gli Infortuni e le Malattie derivanti da conseguenze di interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

- l) gli Infortuni derivanti dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri;
- m) gli Infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei;
- n) gli Infortuni dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: paracadutismo, parapendio, bungee jumping;
- g) gli Infortuni derivanti dalla pratica di: sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai;
- h) gli Infortuni derivanti dalla pratica, anche a carattere non professionale, di: arti marziali, pugilato, atletica pesante;
- o) gli Infortuni derivanti dalla pratica, non avente carattere ricreativo, di: hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica;
- p) gli Infortuni derivanti dalla partecipazione, quale pilota o membro dell'equipaggio, ad allenamenti, competizioni o gare automobilistiche / motociclistiche / motonautiche;
- q) le Malattie derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche non effettuati sotto il diretto controllo medico;
- r) qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

Art. 37 -Denuncia del Sinistro ed obblighi relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o i suoi aventi titolo, devono darne avviso entro 20 giorni da quando ne ha avuto possibilità.

La denuncia deve essere corredata di certificato medico ed in caso di Infortunio deve contenere narrazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso dell'Infortunio o della Malattia deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato deve:

- fornire all'Assicuratore ogni informazione e documentazione relativa all'Infortunio o alla Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione del Sinistro;
- sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali Net Insurance S.p.A. credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore, nei casi in cui l'Assicuratore ritenga di verificare la natura dell'Infortunio o della Malattia denunciati e/o quantificare il grado di Invalidità permanente totale da essi derivato;

L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

Art. 38 - Criteri di indennizzabilità della garanzia Invalidità permanente totale da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza un'Invalidità permanente totale dell'Assicurato superiore al 50%, e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida l'intero Capitale Assicurato.

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità permanente totale si fa riferimento alla Tabella INAIL in vigore al momento del verificarsi dell'Infortunio.

L'Assicuratore liquida l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per l'Invalidità permanente totale è liquidato per le sole conseguenze dirette che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali, di cui alla Tabella INAIL, sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalle tabelle vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso Infortunio, l'Invalidità permanente totale viene stabilita mediante l'adozione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino al limite massimo del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità permanente totale tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di Invalidità permanente totale non specificati nella Tabella INAIL, l'Invalidità permanente totale è stabilita tenendo conto della diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione effettivamente esercitata al momento del Sinistro.

Art. 39 - Criteri di indennizzabilità della garanzia Invalidità permanente totale da Malattia

Se la Malattia ha per conseguenza un'Invalidità permanente totale dell'Assicurato superiore al 50%, e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro due anni dal giorno nel quale la Malattia è stata diagnosticata, l'Assicuratore liquida l'intera somma assicurata.

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o Invalidità preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, oltre a quanto disposto dall'Art. 23, sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da Condizioni Menomative Coesistenti o Concorrenti.

Nel corso dell'Assicurazione, le Invalidità Permanenti Totali da Malattia liquidate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Nel caso quindi che la Malattia colpisca un soggetto già menomato, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione.

La valutazione dell'Invalidità permanente totale viene effettuata secondo le tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni.

Nei casi di Invalidità permanente totale non previsti dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni, la valutazione del grado di Invalidità, se non concordata dalle Parti, potrà essere affidata dalle Parti stesse al Collegio di cui all'Art. 43.

NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO ALLE SEZIONI 1 E 2

Art. 40 - Cumulo di Indennizzi

Le Indennità per tutte le Garanzie sono cumulabili fra di loro tranne quella per il **caso morte che non è cumulabile con** quella per l'**Invalidità Permanente Totale da Infortunio di cui al successivo art. 41**.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente Totale, ma entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre hanno diritto alla differenza tra l'Indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente Totale.

Art. 41 – Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività delle Garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, relativamente alle garanzie di cui alla **SEZIONE 1 – INFORTUNI e SEZIONE 2 – INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:**

1. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire dopo che sia pervenuto al medesimo offerta in misura determinata dell'Indennizzo, l'Assicuratore pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.
2. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire prima del termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità derivante dall'Infortunio o dalla Malattia o prima dell'accertamento medico-legale dell'Assicuratore, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

Per le prestazioni di rimborso delle spese sostenute, qualora lo stesso abbia presentato anche a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento dell'Indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 42 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Qualora l'Infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi, l'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del Sinistro.

Art. 43 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalidità Permanente Totale da Infortunio, sul grado di Invalidità Permanente Totale da Malattia, sulla determinazione della classe dell'Intervento chirurgico nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per Parte, i quali si riuniscono nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o quello a lui preferito.

Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Se una Parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta ad istanza della Parte più diligente dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino all'Assicurato).

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente Totale ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisoria sull'Indennizzo.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato, quelle del terzo medico sono ripartite a metà.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 avanti ad organismo di mediazione abilitato.

SEZIONE 3 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

Le prestazioni di seguito riportate sono valide solo se sia richiamata in Polizza la Garanzia ASSISTENZA ALLA PERSONA e se sia stato pagato il relativo Premio

COSA È ASSICURATO

La gestione del servizio di Assistenza di cui alle prestazioni sottoindicate è stata affidata dall'Assicuratore a **Europ Assistance Italia S.p.A.** (di seguito Europ Assistance).

L'Assicuratore, lasciando invariati la portata e i limiti delle prestazioni di Assistenza, ha la facoltà di affidare il servizio di Assistenza ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di Assistenza senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Le prestazioni di Assistenza seguono le sorti della presente Polizza della quale formano parte integrante; le medesime si intendono quindi inefficaci nel caso di sospensione, annullamento o comunque di perdita di efficacia della Polizza stessa.

Le prestazioni di Assistenza possono essere richieste direttamente dall'Assicurato/Contraente o da un componente del suo Nucleo Familiare.

Art. 44 - Oggetto della Garanzia Assistenza alla Persona

L'Assicuratore per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di Infortunio o Malattia delle persone Assicurate, mette a loro disposizione il servizio di Assistenza che si realizza attraverso le seguenti Prestazioni:

PRESTAZIONI

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

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

CONSULENZA MEDICA

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

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

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

MYCLINIC

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

Le prestazioni di assistenza medica previste sono le seguenti:

CONSULTO DI MEDICINA GENERALE H24: TELEFONICO O VIDEO

Attraverso un contatto telefonico o una videochiamata Skype, l'utente può ottenere un consulto medico di medicina generale h24, da parte dei medici della Struttura Organizzativa di Europ Assistance. Il consulto potrà essere supportato dai dati medici inseriti dall'utente in piattaforma e compilata a cura dello stesso. Il consulto medico ottenuto non vale quale diagnosi di patologie in essere o future e non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante né può costituire la base per ottenere prescrizioni di eventuali farmaci o di esami diagnostici.

DATI MEDICI

L'utente ha la possibilità di compilare la cartella medica online sulla piattaforma MyClinic Europ Assistance, con la quale può archiviare, consultare e conservare tutti i suoi dati medici caricati. I dati inseriti sono trattati dalle SOCIETA' esclusivamente per dar seguito alle richieste di erogazione dei servizi della piattaforma e previo consenso dell'utente.

VALUTAZIONE DEI SINTOMI

Attraverso la funzione Valutazione dei sintomi, l'utente può usufruire di un programma di autovalutazione dei propri sintomi al termine del quale riceverà indicazioni su probabili cause del sintomo e un suggerimento relativo ai comportamenti da tenere.

INVIO DI UN MEDICO GENERICO AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

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

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

GUIDA SANITARIA

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18 esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'Istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di Assistenza.

TRASPORTO DAL PRONTO SOCCORSO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese **entro il limite di 300 chilometri** di percorso complessivo (andata/ritorno).

TRASFERIMENTO IN ISTITUTO DI CURA SPECIALISTICO

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

(Prestazione valida in Italia)

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un Istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'Istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché quelli in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

RIENTRO DALL'ISTITUTO DI CURA

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'Istituto di cura a seguito di Ricovero per Infortunio o Malattia, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa, il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

INVIO DI UN FISIOTERAPISTA AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o Fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da Infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario **fino ad un massimo di 10 sedute per Sinistro**.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

INVIO DI UNA COLLABORATRICE FAMILIARE

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una Collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario **fino ad un massimo di 10 ore per Sinistro**, usufruibili **in non più di 5 giorni**.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la Collaboratrice familiare inviata dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST RICOVERO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia che abbia comportato un Ricovero, necessiti la prosecuzione del Ricovero in forma domiciliare, come prescritto dal proprio medico curante, potrà contattare la Struttura Organizzativa. Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, mediante intervento di proprio personale medico e paramedico per un **massimo di 7 giorni continuativi** e non frazionabili post-Ricovero.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Si tratta di una prestazione che consente di ottenere una valutazione clinico-diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico. La prestazione viene erogata utilizzando una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza internazionale. La prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte di specialisti internazionali della materia. La prestazione è erogata dalla Struttura Organizzativa che trasmetterà agli specialisti internazionali i dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'Assicurato.

Per i casi clinici più complessi la Struttura Organizzativa potrà organizzare il consulto in tempo reale, tra gli specialisti internazionali, i medici della Struttura Organizzativa e i medici curanti dell'Assicurato.

Erogazione della Prestazione

Qualora l'Assicurato a seguito di un Infortunio o Malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, e desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica: potrà contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 45 - Esclusioni

Sono escluse le prestazioni conseguenti a:

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA ALLA PERSONA

Art. 46 - Come attivare le prestazioni Assistenza alla persona

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

- dall'Italia al numero: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Via del Mulino, 4
20057 Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

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

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Per la prestazione ASSISTENZA DOMICILIARE, in caso di Sinistro l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima della attivazione dei servizi richiesti.

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

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

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

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Tabella 1 - LAVORATORI AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
A001	Commercianti - Negozianti	2
A002	Libero professionista con sola attività in studio	1
A003	Libero professionista con anche missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
A004	Medico	2
A005	Giornalista	2
A006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
A007	Imprenditore o Artigiano settore edilizia, Decoratore	3
A008	Imprenditore o Artigiano settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
A009	Imprenditore o Artigiano settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), Marinai	3
A010	Imprenditore o Artigiano settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
A011	Imprenditore o Artigiano settore meccanico	3
A012	Imprenditore o Artigiano con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
A013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
A014	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri	3
A015	Distributori di carburanti	3
A016	Imprenditori o Artigiani altri settori (rispetto alle voci precedenti)	2
A017	Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori	2

Tabella 2 - LAVORATORI NON AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
B001	Commessi	2
B002	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con sola attività amministrativa	1
B003	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con anche missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
B004	Medico	2
B005	Giornalista	2
B006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
B007	Operai imprese settore edilizia, Decoratore	3
B008	Operai imprese settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
B009	Operai imprese settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), marinai	3
B010	Operai imprese settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
B011	Operai imprese settore meccanico	3
B012	Dipendenti con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
B013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
B014	Operai imprese settore trasporti (Autisti, Corrieri, Pony Express, Postini, Macchinisti...)	3
B015	Distributori di carburante	3
B016	Operai altri settori	2
B017	Insegnanti	2
B018	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	2
B019	Lavoratori domestici	2
B020	Lavoratori in cooperative	2
B021	Assistenti sociali	2

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Tabella 3 - NON LAVORATORI		
COD	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
C001	Studenti	2
C002	Casalinghe	2
C003	Pensionati	2
C004	Disoccupati	2
C005	Benestanti	2

Tabella 4 - PROFESSIONI NON ASSICURABILI
Missionario
Guardia giurata, Guardia campestre, Guardia forestale
Custode notturno armato
Portavalori
Vigili del fuoco
Armaiolo
Minatore, Speleologo, Archeologo, Palombaro, Sommozzatore
Insegnante di alpinismo, Guida alpina
Sportivi professionisti
Ballerini professionisti
Fantino
Stuntman
Attività circense, Acrobati, Giostrai
Allevatori non ricompresi nelle precedenti Tabelle 1 e 2
Attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI

Polizza multirischi di durata annuale



ALLEGATO B) ELENCO DEGLI INFORTUNI E DEI RELATIVI INDENNIZZI

TIPOLOGIA DI LESIONE	INDENNIZZO		
	PIANO BASE	PIANO MEDIO	PIANO ALTO
LESIONI APPARATO SCHELETRICO			
CRANIO			
Frattura cranica senza postumi neurologici	200	400	600
Frattura osso zigomatico o mascellare o palatino o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa	200	400	600
Frattura Lefort I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	350	700	1.050
Frattura Lefort II o III (non cumulabili tra loro n con Lefort I)	700	1.400	2.100
Frattura mandibolare (per lato)	350	700	1.050
Trauma cranico commotivo con focolai contusivi a livello cerebrale	600	1.200	1.800
COLONNA VERTEBRALE			
TRATTO CERVICALE			
Frattura corpo III-IV-V-VI-VII vertebra (per ogni vertebra)	1.000	2.000	3.000
Frattura corpo o processo trasverso o processo spinoso II vertebra	1.000	2.000	3.000
Frattura arco anteriore o arco posteriore o masse laterali (processo trasverso o processi articolari) I vertebra	1.000	2.000	3.000
TRATTO DORSALE			
Frattura corpo con schiacciamento dalla I alla XI vertebra (per ogni vertebra)	500	1.000	1.500
Frattura del corpo con schiacciamento XII vertebra	1.000	2.000	3.000
Frattura del corpo senza schiacciamento XII vertebra	150	300	450
TRATTO LOMBARE			
Frattura corpo con schiacciamento (per ogni vertebra)	1.000	2.000	3.000
Frattura processo spinoso o processi trasversi dalla I alla V vertebra con schiacciamento (per ogni vertebra)	1.000	2.000	3.000
Frattura processo spinoso o processi trasversi dalla I alla V vertebra senza schiacciamento (per ogni vertebra)	400	800	1.200
OSSO SACRO			
Frattura corpi vertebrali o base o ali o processi articolari o apice o creste spinali	400	800	1.200
COCCIGI			
Frattura corpi o base o corna o processi trasversi o apice	400	800	1.200
BACINO			
Frattura ali iliache o branca ileo-ischio-pubica (di un lato) o del pube	350	700	1.050
Frattura acetabolare (per lato)	800	1.600	2.400
TORACE			
Frattura sterno	350	700	1.050
ARTO SUPERIORE (DX O SX)			
BRACCIO			
Frattura epifisi prossimale o superiore omerale (delimitata dal collo chirurgico)	700	1.400	2.100
Frattura epifisi distale o inferiore omerale (delimitata dalla linea ideale che unisce troclea e capitello)	700	1.400	2.100
AVANBRACCIO			
Frattura epifisi prossimale radio (frattura tuberosit radiale o capitello o collo o circonferenza articolare)	400	800	1.200
Frattura epifisi distale radio e/o ulna (faccia articolare carpica o processo stiloideo o incisura ulnare)	600	1.200	1.800
Frattura epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisura semilunare e radiale)	400	800	1.200
Frattura biossea radio e ulna scomposta	600	1.200	1.800
POLSO E MANO			
Frattura scafoide	350	700	1.050
Frattura I metacarpale	250	500	750
FRATTURA PRIMA FALANGE DITA			
Pollice	800	1.600	2.400
Indice	500	1.000	1.500
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA			
Pollice	400	800	1.200
ARTO INFERIORE (DX O SX)			
FRATTURA FEMORE			
Diafisaria	350	700	1.050
Epifisi prossimale (protesi d'anca)	1.600	3.200	4.800
Epifisi prossimale non protesizzata	400	800	1.200
Epifisi distale (delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	400	800	1.200
Frattura rotula	200	400	600
FRATTURA TIBIA			
Diafisaria	200	400	600

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Estremità superiore (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	500	1.000	1.500
Estremità inferiore (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	350	700	1.050
FRATTURA PERONE			
Estremità inferiore (malleolo laterale o faccetta articolare)	350	700	1.050
Frattura biossea tibia e perone composta e scomposta	400	800	1.200

PIEDE			
TARSO			
Frattura astragalo	600	1.200	1.800
Frattura calcagno	700	1.400	2.100
Frattura cuboide	350	700	1.050
METATARSI			
Frattura I metatarsale	350	700	1.050

LESIONI PARTICOLARI			
Asportazione chirurgica di parte di teca cranica (indipendentemente dall'estensione della breccia)	400	800	1.200
Rottura milza con splenectomia	350	1.700	2.050
Rottura rene con nefrectomia	1.000	2.000	3.000
Esiti epatectomia	800	1.600	2.400
Epatiti tossiche o infettive (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	1.250	2.500	3.750
Perdita anatomica di un globo oculare	2.500	5.000	7.500
Cecità monolaterale (perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	2.250	4.500	6.650
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	9.000	18.000	27.000
Sordità completa unilaterale	1.000	2.000	3.000
Sordità completa bilaterale	2.250	4.500	6.650
Perdita naso (oltre i due terzi)	1.250	2.500	3.750
Perdita lingua (oltre i due terzi)	2.250	4.500	6.650
Perdita completa di un padiglione auricolare	250	500	750
Perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari	400	800	1.200
Protesi d'anca (non cumulabile) *	1.750	3.500	5.250
Protesi di ginocchio (non cumulabile) *	1.750	3.500	5.250
Patellectomia totale	1.250	2.500	3.750
Patellectomia parziale	350	700	1.050
Perdita anatomica di un testicolo	200	400	600
Perdita anatomica dei due testicoli	1.250	2.500	3.750
Perdita anatomica del pene	2.250	4.500	6.750
Ustioni estese a più del 25% della superficie corporea	3.000	6.000	9.000

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE			
Rottura della cuffia dei rotatori (trattata chirurgicamente) – non cumulabile *	500	1.000	1.500
Rottura del tendine distale del bicipite brachiale (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Rottura del tendine prossimale del bicipite brachiale (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Rottura dei tendini delle dita di una mano (trattata chirurgicamente) – valore massimo per ogni dito	750	1.500	2.250
Rottura dei tendini del quadricipite femorale (trattata chirurgicamente) – non cumulabile *	750	1.500	2.250
Lussazione articolazione temporo-mandibolare (documentata radiologicamente)	350	700	1.050
Lussazione recidivante gleno-omerale (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione gleno-omerale (evidenziata radiologicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione sterno-claveare (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione acromion-claveare (trattata chirurgicamente)	500	1.000	1.500
Lussazione gomito (evidenziata radiologicamente)	750	1.500	2.250
Lussazione radio-carpica (trattata chirurgicamente) – non cumulabile *	400	800	1.200
Lussazione MF o IF pollice (trattata chirurgicamente)	400	800	1.200
Lussazione d'anca Documentata radiologicamente)	750	1.500	2.250
Lussazione metatarso-falangea o IF dell'alluce (documentata radiologicamente)	350	700	1.050
Lesione dei legamenti collaterali del ginocchio (trattata chirurgicamente)	1.250	2.500	3.750
Lesioni del crociato anteriore o posteriore o del piatto tibiale (trattata chirurgicamente) – non cumulabili tra loro	800	1.600	2.400
Lesione tendine rotuleo (trattata chirurgicamente)	400	800	1.200
Lesioni capsulo-legamentose della tibio-peroneo-astragalica (trattata chirurgicamente) -non cumulabili tra loro	750	1.500	2.250

AMPUTAZIONI			
ARTO SUPERIORE			
Amputazione dell'arto superiore	5.000	10.000	15.000
Amputazione di una mano o di tutte le dita di una mano	4.000	8.000	12.000
Amputazione pollice + 3 dita	3.500	7.000	10.050
Amputazione pollice + 2 dita	2.500	5.000	7.500
Amputazione 2 dita	1.250	2.500	3.750
Amputazione oltre i due terzi del pollice	1.250	2.500	3.750
Amputazione oltre i due terzi altre dita	400	800	1.200

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale del pollice	1.000	2.000	3.000
Amputazione oltre i due terzi della falange ungueale altre dita	200	400	1.200
Amputazione ultime due falangi dita lunghe	500	1.000	1.500
ARTO INFERIORE			
Amputazione oltre i due terzi dell'arto inferiore (al di sopra della metà della coscia)	5.000	10.000	15.000
Amputazione al di sotto della metà della coscia (ma al di sopra del ginocchio)	5.000	10.000	15.000
Amputazione oltre i due terzi della gamba (al di sotto del ginocchio)	5.000	10.000	15.000
Amputazione di gamba al terzo inferiore	4.250	8.500	12.750
Perdita di un piede	4.250	8.500	12.750
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarsale	2.250	4.500	6.750
Perdita di ambedue i piedi	9.000	18.000	27.000
Perdita dell'alluce	1.250	2.500	3.750
Perdita della falange ungueale dell'alluce	600	1.200	1.800

(*) *NON CUMULABILE*: l'indennizzo non può essere cumulato con altri indennizzi riportati nella tabella Indennizzo da Infortunio



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati da Net Insurance S.p.A., 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 la Società (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, la Società 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 tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Società (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 la Società è soggetta;
- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Società. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Società alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti della Società derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Condizioni di Assicurazione – NET INFORTUNI



Polizza multirischi di durata annuale

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

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

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

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 della Società.

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, Net si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Società – 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:

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



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

tutte le garanzie ad eccezione dell'Assistenza alla Persona– Net Insurance S.p.A.

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

PER ASSISTENZA ALLA PERSONA

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

- dall'Italia al numero verde: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a: EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

Numero Verde **800 9366 43** (Contact Center)

Sito www.netinsurance.it/wecare

e-mail wecare@netinsurance.it

Fax + 39 06 97625707

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