

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

# **NET K-MAN**

***Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante***

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP VITA
- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO
- IL FAC-SIMILE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 06/2025

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

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



# Assicurazione multigaranzia a protezione dell'Imprese



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

Net Insurance Life S.p.A.

NET K-MAN

Ed. 06/2025

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

## Che tipo di assicurazione è?

È un prodotto flessibile studiato per le Imprese che intendono tutelarsi in caso di evento avverso che coinvolge un Key-Man. Gli eventi previsti dal presente prodotto assicurativo sono il Decesso da ogni causa a cui può essere abbinata facoltativamente anche la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia. Il prodotto include sempre la garanzia Assistenza alla persona.



## Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In caso di Decesso da ogni causa, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, è previsto il pagamento del Capitale Assicurato, indicato in Proposta ed in Polizza, in unica soluzione al Beneficiario.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di Durata dell'Assicurazione, la garanzia si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dalla Compagnia.

Il Capitale Assicurato è indicato nella Proposta di Assicurazione e nella Polizza; lo stesso dovrà essere compreso tra Euro 50.000 (cinquantamila) ed Euro 500.000 (cinquecentomila) e resta costante per tutta la durata dell'Assicurazione.

Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, fino ad un massimo di quattro (4), per ciascuno di essi potrà essere assicurato un capitale differente fermi i limiti sopra indicati.

Il Beneficiario della Prestazione Assicurata è il Contraente.



## Che cosa NON è assicurato?

### Non è assicurabile:

- ✗ L'Assicurato che non abbia residenza o domicilio fiscale in Italia;
- ✗ L'Assicurato che non ricopra all'interno dell'Impresa Contraente un ruolo fondamentale e che non risulti difficilmente sostituibile (key man);
- ✗ L'Assicurato che non abbia un'Età assicurativa compresa tra 18 e 75 anni;
- ✗ L'Assicurato che abbia un'Età assicurativa superiore ad 80 anni alla scadenza del Contratto
- ✗ L'Assicurato che non abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e, ove richiesto in base al Capitale Assicurato e/o all'Età assicurativa dell'Assicurato stesso, non si sia sottoposto a Visita Medica e non abbia fornito il relativo Rapporto di visita medica debitamente compilato;
- ✗ L'Assicurato che non abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta.



## Ci sono limiti di copertura?

### Principali esclusioni per la garanzia Decesso:

- ! dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- ! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;

|  |                                                                                                                                                                                                                     |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi. |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



### Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



### Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:**
  - Il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di rilasciare dichiarazioni che siano vere, esatte e non reticenti;
  - il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di sottoscrivere e di completare in ogni parte la Proposta di Assicurazione;
  - l'Assicurato deve compilare il Questionario Sanitario e, ove richiesto, deve sottoporsi a Visita Medica o presentare il Rapporto di visita medica ed eventualmente ulteriore documentazione se richiesta.
- **In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro:**
  - l'Avente diritto è tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.



### Quando e come devo pagare?

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente, al momento dell'emissione della Polizza, mediante la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto della Compagnia. In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi Premi annui per la prosecuzione del contratto andranno versati dal Contraente alle Compagnie mediante modalità che saranno concordate.

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

Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La conclusione del contratto coincide con il momento in cui la Compagnia accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente ed emette la Polizza. Fermi i termini di Carenza, l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se – espletate le formalità assuntive e ricevuta l'accettazione da parte della Compagnia - è stato pagato il Premio; altrimenti decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

La Durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 10 anni, a condizione che l'Età assicurativa dell'Assicurato non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa.



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

La Proposta di Assicurazione è revocabile dal Contraente fino al momento che precede la conclusione del Contratto. Concluso il Contratto, il Contraente ha diritto di esercitare il Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.

Il Contraente comunica alla Compagnia la propria volontà di Revoca o Recesso inviando una dichiarazione sottoscritta, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it).



### Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

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

### Che tipo di assicurazione è?

È un prodotto flessibile studiato per le Imprese che intendono tutelarsi in caso di evento avverso che coinvolge un Key-Man. Gli eventi previsti dal presente prodotto assicurativo sono il Decesso per ogni causa a cui può essere abbinata facoltativamente anche la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia. Il prodotto include sempre la Garanzia Assistenza alla persona.



### Che cosa è assicurato?

La Garanzia Assistenza alla persona è sempre operante e viene abbinata automaticamente con la copertura obbligatoria Decesso per ogni causa.

#### ✓ Assistenza alla persona (Garanzia sempre operante)

NET INSURANCE S.p.A., per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa di Europ Assistance, nei casi di Infortunio o Malattia delle persone Assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni: consulenza medica; valutazione dei sintomi (tramite piattaforma Myclinic); consulto medico (tramite piattaforma Myclinic); cartella salute (tramite piattaforma Myclinic); passaporto salute (tramite piattaforma Myclinic); invio di un medico generico al domicilio (prestazione valida in Italia); trasporto in autoambulanza (prestazione valida in Italia).

La Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia è opzionale e può essere acquistata facoltativamente in abbinamento alla copertura obbligatoria Decesso per ogni causa.

#### ✓ Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia (Garanzia opzionale)

In caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nel periodo di durata dell'Assicurazione, che comportino un'Invalidità riduttiva in modo permanente della sua capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo - di grado pari o superiore al 60% della totale, accertata - successivamente alla Data di Decorrenza della Polizza e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, la Compagnia garantisce al Beneficiario il pagamento di un importo pari Capitale Assicurato.

Il Capitale Assicurato è indicato nella Proposta di Assicurazione e nella Polizza; lo stesso dovrà essere compreso tra Euro 50.000 (cinquantamila) ed Euro 500.000 (cinquecentomila). Il capitale per la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia potrà essere pari o inferiore al Capitale Assicurato per la Garanzia Decesso da ogni causa, ma mai superiore. Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, fino ad un massimo di quattro (4), per ciascuno di essi potrà essere assicurato un capitale differente fermi i limiti indicati dal presente articolo.



### Che cosa non è assicurato?

#### Relativamente alla Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia:

- ✗ l'Assicurato che non abbia residenza o domicilio fiscale in Italia;
- ✗ l'Assicurato che non ricopra all'interno dell'Impresa Contraente un ruolo fondamentale e che non risulti difficilmente sostituibile (key man);
- ✗ l'Assicurato che al momento della sottoscrizione della Proposta non abbia un'Età assicurativa compresa tra 18 e 60.

#### Inoltre:

- ✗ la permanenza in copertura è limitata al raggiungimento del 65° anno di Età assicurativa.



### Ci sono limiti di copertura?

#### Principali esclusioni per la Garanzia Invalidità Permanente Totale:

- ! dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi.

#### Principali esclusioni per la Garanzia Assistenza alla persona:

- ! 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.

Il Beneficiario della Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia è il Contraente. Il Beneficiario della Garanzia Assistenza alla persona è l'Assicurato.



#### Dove vale la copertura?

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



#### Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:**
  - Il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di rilasciare dichiarazioni che siano vere, esatte e non reticenti;
  - il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di sottoscrivere e di completare in ogni parte la Proposta di Assicurazione.
- **In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro:**

In caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia: l'Assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia. In caso di sinistro per la Garanzia Assistenza alla persona, è tenuto a prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa.



#### Quando e come devo pagare?

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente, al momento dell'emissione della Polizza, mediante la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto della Compagnia. In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi Premi annui per la prosecuzione del contratto andranno versati dal Contraente alle Compagnie mediante modalità che saranno concordate. Il Premio annuo è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali e mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio su base mensile, è consentito esclusivamente a condizione che la rata abbia un importo minimo di Euro 10 (dieci). Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo.



#### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La conclusione del contratto coincide con il momento in cui la Compagnia accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente ed emette la Polizza. Fermi i termini di Carenza, l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se – espletate le formalità assuntive e ricevuta l'accettazione da parte della Compagnia - è stato pagato il Premio; altrimenti decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

La Durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 10 anni, a condizione che l'Età assicurativa dell'Assicurato non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa.



#### Come posso disdire la polizza?

La Proposta di Assicurazione è revocabile dal Contraente fino al momento che precede la conclusione del Contratto.

Concluso il Contratto, il Contraente ha diritto di esercitare il Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.

Il Contraente comunica alla Compagnia la propria volontà di Revoca o Recesso inviando una dichiarazione sottoscritta, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it).

# Assicurazione multigaranzia a protezione dell'Imprese

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

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

NET K-MAN

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



## Scopo

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

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

## Società

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

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

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto



### Che cosa è assicurato?

Si precisa che nel caso di più Assicurati e liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di uno di essi, le Garanzie restano in vigore per ciascuno degli altri Assicurati fino alla scadenza pattuita ed indicata in Proposta e Polizza.

Per tutte le Garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Inoltre, il capitale prescelto resta costante per tutta la durata dell'Assicurazione.



### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, è escluso il decesso dell'Assicurato, l'invalidità dell'Assicurato e la prestazione di assistenza derivante/consequente da/a:

– partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

**Per la Garanzia Decesso da ogni causa e per la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia** sono esclusi il decesso e l'invalidità dell'Assicurato derivante da:

– partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;



|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;</li> <li>– guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;</li> <li>– incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;</li> <li>– suicidio o tentato suicidio da cui ne consegue il decesso dell'assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'Assicurazione;</li> <li>– uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore;</li> <li>– sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altra patologia ad essa collegata: per la Garanzia Decesso da ogni causa l'esclusione è valida se il decesso avviene nei primi cinque anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione;</li> <li>– malattie, malformazioni, stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;</li> <li>– viaggi in paesi a Rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale;</li> <li>– partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;</li> <li>– pratica di attività sportive professionistiche;</li> <li>– pratica di sport aerei in genere;</li> <li>– pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4.000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno; torrentismo; vela transoceanica, bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.</li> <li>– attività professionale pericolosa che comporti: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche;</li> <li>▪ lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in Garanzia l'edilizia fino a 15 m di altezza);</li> <li>▪ lavori nel sottosuolo o in mare aperto;</li> <li>▪ l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, aviazione, corpi di protezione civile, (si intende inclusa in Garanzia l'attività svolta da personale di supporto, amministrativo, d'ufficio, senza viaggi all'estero o mansioni pericolose).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Per la Garanzia Assistenza alla persona</b> sono escluse le prestazioni conseguenti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;</li> <li>– stati patologici correlati alla infezione da HIV;</li> <li>– malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;</li> <li>– infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;</li> <li>– aborto volontario non terapeutico;</li> <li>– infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;</li> <li>– infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;</li> <li>– infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;</li> <li>– guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;</li> <li>– 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.);</li> <li>– 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);</li> <li>– tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.</li> </ul> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



### Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, sono espresse maggiori informazioni sui limiti della copertura.

**Per la Garanzia Decesso da ogni causa e la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia**, a nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite.

#### Per la Garanzia Assistenza alla persona

La struttura Organizzativa non è responsabile dei danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;

- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

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

## Carenze

### Per la Garanzia Decesso da ogni causa

Il contratto assunto senza visita medica prevede un periodo di carenza contrattuale di 180 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione (5 anni in caso di decesso dovuto ad HIV o patologia collegata), durante il quale le garanzie non sono efficaci.

La Carenza non opera qualora il decesso dell'Assicurato dopo la Data di Decorrenza sia conseguenza diretta di:

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

Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica e con riferimento alla HIV qualora l'Assicurando, in fase di assunzione del Rischio, dovesse effettuare un test sull'HIV con esito negativo. Qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica e rifiuti di fare il test sull'HIV il periodo di carenza sarà esteso a 7 anni.

### Per la Garanzia Invalidità permanente Totale da Infortunio o Malattia

La Garanzia per le malattie prevede un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai clienti Imprese che intendono tutelarsi, per un periodo compreso tra 1 e 10 anni, dalle conseguenze negative derivanti dal Decesso da ogni causa di un Assicurato che ricopre all'interno delle Imprese stesse un ruolo centrale (Key-Man). Il prodotto è, altresì, rivolto alle Imprese che, oltre alla garanzia Decesso da ogni causa, intendono garantirsi anche un capitale a seguito dell'Invalidità Permanente Totale per infortunio o Malattia di un Assicurato Key-Man. In abbinamento è sempre operante la garanzia Assistenza alla persona.



## Quali costi devo sostenere?

Sul premio gravano, costi di gestione, di acquisizione e di incasso, comprensivi dei costi per l'intermediazione assicurativa, che sono pari al 55,00%. Tali costi sono inclusi nel premio versato.

La quota parte dei costi percepita in media dal distributore del prodotto è pari al 63,64%.

Gli eventuali costi per effettuare il Rapporto del Medico o altra documentazione sanitaria richiesta dalla Compagnia per la valutazione del rischio sono a carico del Contraente.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>All'impresa assicuratrice</b></p> | <p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PEC:</b> <a href="mailto:ufficio.reclami@pec.netinsurance.it">ufficio.reclami@pec.netinsurance.it</a></li> <li>• <b>Posta:</b> NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA</li> <li>• <b>Fax:</b> +39 06 89326.570</li> </ul> <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente;</li> <li>• numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela;</li> <li>• ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.</li> </ul> <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: <a href="http://www.netinsurance.it">www.netinsurance.it</a>.</p> |
| <p><b>All'IVASS</b></p>                 | <p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

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



|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Arbitro Assicurativo</b>                                                                        | Presentando ricorso:<br>- all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile                                                                                                   |
| <b>OPPURE</b>                                                                                      | oppure                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET</b> | - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Mediazione</b>                                                                                  | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98).                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Negoziazione assistita</b>                                                                      | Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>                                 | 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 <a href="http://www.ec.europa.eu/odr">http://www.ec.europa.eu/odr</a> ) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.           |
| <b>REGIME FISCALE</b>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>                                                | I Premi corrisposti in esecuzione di Contratti di Assicurazione sulla vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.<br>Sui Premi versati alla Compagnia è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF pari al 19% dei premi stessi ed entro il limite stabilito dalla normativa vigente.<br>I capitali corrisposti alle persone fisiche in caso di decesso dell'Assicurato non sono soggetti all'IRPEF e all'imposta sulle successioni e donazioni. |

### **Cos'è il diritto all'oblio oncologico?**

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diritto all'oblio oncologico</b>                                                           | Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.<br>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età.<br>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link:<br><a href="https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/">https://www.netinsurance.it/comunicazioni/diritto-alloblio-oncologico/</a> |
| <b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b> | L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</b>                                           | Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del contraente.<br>Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. Dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato.<br>Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.                                                                                                       |

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



## Sommario

|                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>PREMESSA</b>                                                                                    | 3  |
| <b>CONTATTI UTILI</b>                                                                              | 4  |
| <b>GLOSSARIO</b>                                                                                   | 5  |
| <b>NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE</b>                                              | 7  |
| ART. 1 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO                                                   | 7  |
| ART. 2 – DIRITTO DI REVOCA                                                                         | 7  |
| ART. 3 – CONCLUSIONE, DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO                                            | 7  |
| ART. 3.1 – DESIGNAZIONE DELL'ASSICURATO                                                            | 7  |
| ART. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO                                                                      | 8  |
| ART. 5 – MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE                                                 | 8  |
| ART. 6 – RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE                                           | 8  |
| ART. 7 – DIRITTO DI RECESSO                                                                        | 8  |
| ART. 8 – CESSAZIONE DEL CONTRATTO                                                                  | 9  |
| ART. 9 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI/REFERENTE TERZO                                            | 9  |
| ART. 10 – CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI                                   | 9  |
| ART. 11 – RISCATTO E RIDUZIONE                                                                     | 9  |
| ART. 12 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI                                                                | 10 |
| ART. 13 – ONERI FISCALI ED IMPOSTE                                                                 | 10 |
| ART. 14 – FORO COMPETENTE E CONTROVERSIE                                                           | 10 |
| ART. 15 – HOME INSURANCE (Area Riservata)                                                          | 10 |
| ART. 16 – VALIDITÀ TERRITORIALE                                                                    | 10 |
| ART. 17 – LEGGE APPLICABILE                                                                        | 10 |
| <b>SEZIONE 1 – DECESSO DA OGNI CAUSA ED ASSISTENZA</b>                                             | 11 |
| <b>CONDIZIONI DELLA GARANZIA DECESSO DA OGNI CASUA - OBBLIGATORIA</b>                              | 11 |
| <b>COS'È ASSICURATO</b>                                                                            | 11 |
| ART. 18 – DECESSO                                                                                  | 11 |
| <b>CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ</b>                                                                | 11 |
| ART. 19 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE                                    | 11 |
| ART. 20 – CAPITALE ASSICURATO                                                                      | 11 |
| ART. 21 – NORME ASSUNTIVE                                                                          | 11 |
| <b>COSA NON È ASSICURATO</b>                                                                       | 13 |
| ART. 22 – LIMITI DI INDENNIZZO                                                                     | 13 |
| ART. 23 – ESCLUSIONI                                                                               | 13 |
| ART. 24 – TERMINI DI CARENZA                                                                       | 14 |
| <b>COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</b>                                                               | 14 |
| ART. 25 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE                                          | 14 |
| ART. 26 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO                                                                | 15 |
| <b>CONDIZIONI DELLA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA – SEMPRE OPERANTE</b>                         | 16 |
| <b>COS'È ASSICURATO</b>                                                                            | 16 |
| ART. 27 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE                                                               | 16 |
| <b>COSA NON È ASSICURATO</b>                                                                       | 17 |
| ART. 28 – ESCLUSIONI                                                                               | 17 |
| <b>LIMITI DI COPERTURA</b>                                                                         | 17 |
| ART. 29 – LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ                                                            | 17 |
| ART. 30 – RICHIESTA DI ASSISTENZA                                                                  | 18 |
| <b>SEZIONE 2 – INFORTUNI O MALATTIA</b>                                                            | 19 |
| <b>CONDIZIONI DELLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA - OPZIONALE</b> | 19 |
| <b>COS'È ASSICURATO</b>                                                                            | 19 |
| ART. 31 – INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA                                    | 19 |
| <b>CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ</b>                                                                | 19 |
| ART. 32 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE                                    | 19 |
| ART. 33 – CAPITALE ASSICURATO                                                                      | 19 |
| <b>COSA NON È ASSICURATO</b>                                                                       | 20 |
| ART. 34 – LIMITI DI INDENNIZZO                                                                     | 20 |
| <b>LIMITI DI COPERTURA</b>                                                                         | 21 |
| ART. 36 – TERMINI DI CARENZA                                                                       | 21 |
| ART. 37 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE                                          | 21 |
| ART. 38 – VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE                                            | 21 |

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| ART. 39 – LIQUIDAZIONE DEL SINSITRO .....             | 21 |
| INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ..... | 1  |
| MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.....              | 1  |

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



## PREMESSA

NET K-MAN è un prodotto flessibile studiato per le Imprese che intendono tutelarsi in caso di evento avverso che può colpire il proprio Key-Man. Con il presente Contratto, l'Impresa aderisce alla garanzia Decesso per ogni causa a cui può abbinare facoltativamente anche la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia. Il prodotto include sempre la garanzia Assistenza alla persona.

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

| GARANZIE                                              | MODALITA'       |
|-------------------------------------------------------|-----------------|
| Decesso da ogni causa                                 | Obbligatoria    |
| Assistenza alla Persona                               | Sempre operante |
| Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia | Opzionale       |

Il prodotto è suddiviso in due sezioni:

1. SEZIONE DECESSO DA OGNI CAUSA ED ASSISTENZA ALLA PERSONA
  - a. Garanzia Decesso da ogni causa (GARANZIA OBBLIGATORIA)
  - b. Garanzia Assistenza alla persona (GARANZIA SEMPRE OPERANTE)
2. SEZIONE INFORTUNI o MALATTIA
  - a. Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia (GARANZIA OPZIONALE)

**Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul modello di Polizza ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati. Le Carenze, le Franchigie e i limiti di Indennizzo previste/i per le diverse Garanzie sono riportate/i all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.**

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

### Avvertenza

A fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenza, nullità o limitazione delle Garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate: con fondo colorato o in grassetto nelle Condizioni di Assicurazione.

I termini che nel testo contrattuale rinviano al Glossario sono riportati con iniziale in maiuscolo nel testo contrattuale.



## CONTATTI UTILI

Sito [www.netinsurance.it](http://www.netinsurance.it)

### PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO ALLA GARANZIA DECESSO PER QUALSIASI CAUSA E ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:

- Per posta: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- Per e-mail: [claims@netinsurance.it](mailto:claims@netinsurance.it)

### PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO ALLA GARANZIA ASSISTENZA:

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

### PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DECESSO PER QUALSIASI CAUSA E ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA:

- Numero Verde: 800 9096 33 (Contact Center)
- Sito: [www.netinsurance.it/wecare](http://www.netinsurance.it/wecare)
- E-mail: [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it)

### PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA:

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

### PER INOLTARE UN RECLAMO

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



## GLOSSARIO

*Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Compagnia e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale.*

### Definizioni

#### Anno assicurativo

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

#### Assicurato

Il soggetto Key-Man designato dal Contraente che, in possesso dei requisiti di assicurabilità, ha prestato il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c.

#### Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

#### Assistenza

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

#### Beneficiario

Il Contraente per la garanzia Decesso da ogni causa e per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia; l'Assicurato per la garanzia Assistenza alla persona.

#### Capitale Assicurato

L'importo massimo che è pagato al Beneficiario in caso di Sinistro ed è riportato in Polizza.

#### Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura. Se l'evento assicurato si verifica in tale periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

#### Compagnia

Net Insurance Life S.p.A. per la Garanzia Decesso per ogni causa.

Net Insurance S.p.A. per la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia.

#### Conclusione del contratto di assicurazione

Il momento in cui la Compagnia accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente ed emette la Polizza.

#### Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

#### Contraente

Il soggetto persona giuridica o ditta individuale che stipula – per il tramite del Rappresentante Legale/Titolare della ditta individuale – il contratto di assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

#### Contratto di assicurazione

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a corrispondere l'indennizzo al verificarsi di un evento avverso.

#### 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".

#### Costi

Oneri a carico del Contraente e gravanti sul premio.

#### Danni

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

#### Data di Decorrenza

Il momento da cui decorre l'Assicurazione, fatto salvo quanto previsto nei Termini di Carenza.

#### Durata del Contratto:

Periodo durante il quale il Contratto di assicurazione è efficace.

#### Età assicurativa

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

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

#### Garanzia

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

#### Impignorabilità e insequestrabilità

Principio secondo cui, ai sensi dell'art. 1923 c.c., le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

#### Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

#### Infortunio

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

#### Invalidità Permanente

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

#### IVASS

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

#### Key Man

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

#### Malattia

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

#### Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti





congiuntamente.

## **Polizza**

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

## **Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

## **Prescrizione**

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

## **Prestazione**

Somma pagabile che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Per la garanzia Assistenza la Prestazione viene erogata tramite la Struttura Organizzativa, nel momento del bisogno.

## **Proposta di Assicurazione**

Documento con il quale il Contraente e l'Assicurato (se persona diversa) manifestano alla Compagnia la volontà alla stipula del Contratto di assicurazione.

## **Questionario Sanitario**

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

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

## **Recesso**

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

## **Revoca**

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

## **Riattivazione**

Relativamente alla Garanzia Decesso, la facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini e con le modalità indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei Premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento dei Premi arretrati, maggiorati degli interessi di ritardato pagamento.

## **Riduzione**

Relativamente alle polizze Vita, la diminuzione del Capitale Assicurato, conseguente, per determinate tipologie tariffarie, alla sospensione, da parte del Contraente, del pagamento dei Premi annui, determinata tenendo conto dei Premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti. Non prevista per la Garanzia Decesso.

## **Rischio**

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

## **Rischio demografico**

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

## **Scadenza dell'Assicurazione**

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

## **Set Informativo**

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

## **Sinistro**

Il verificarsi dell'evento di rischio assicurato 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 la Compagnia provvede, per incarico in quest'ultimo, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le Prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

## **Termini di Carenza**

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



## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### ART. 1 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

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 c.c..

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

### ART. 2 – DIRITTO DI REVOCA

La Proposta di Assicurazione è revocabile dal Contraente fino al momento che precede la conclusione del Contratto

Il Contraente comunica alla Compagnia la propria volontà di Revoca inviando una dichiarazione sottoscritta, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it).

A fronte della Revoca, la Proposta di Assicurazione viene annullata e le Parti si intendono libere da qualsiasi obbligazione

### ART. 3 – CONCLUSIONE, DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO

La conclusione del contratto coincide con il momento in cui la Compagnia accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente ed emette la Polizza.

Fermi i termini di Carenza di cui agli Artt. 24 e 36 - "Termini di Carenza", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se – espletate le formalità assuntive e ricevuta l'accettazione da parte della Compagnia - è stato pagato il Premio; altrimenti decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

La Durata dell'Assicurazione può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 10 anni, a condizione che l'Età assicurativa dell'Assicurato o di uno degli Assicurati non ecceda gli 80 anni nel corso della stessa.

### ART. 3.1 – DESIGNAZIONE DELL'ASSICURATO

Il Contraente ha la facoltà di designare contestualmente fino ad un massimo di 4 soggetti Assicurati purché siano in possesso dei requisiti di assicurabilità richiamati dagli artt. 19 e 32.

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

Nel caso in cui l'Assicurato si ritrovi a non ricoprire più per il Contraente il ruolo di Key-Man o nel caso in cui perda uno dei requisiti di assicurabilità, la copertura assicurativa relativa allo stesso si estingue ai sensi di quanto previsto dall'art. 8. La perdita del ruolo in capo all'Assicurato è comunicata dalla Contraente alla Compagnia, al seguente indirizzo:

- Per posta: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- Per e-mail: [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it)

Allegando, in caso di perdita da parte dell'Assicurato del ruolo di Key-Man, la documentazione comprovante la perdita del ruolo di key man originariamente ricoperto dall'Assicurato presso la Contraente (quali, a titolo esemplificativo: stralcio della delibera dell'organo amministrativo, lettera di dimissioni, pensionamento ecc.).

In tal caso, fermo il diritto della Contraente alla restituzione del rateo di Premio non goduto è nella facoltà della Contraente stessa far intervenire un nuovo Assicurato, dietro corresponsione di un nuovo Premio e secondo i criteri previsti dalle formalità di ammissione di cui al precedente art. 19 e 32.



## ART. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Il Premio delle Garanzie Decesso da qualsiasi causa è funzione del Capitale Assicurato, della durata del contratto, dell'Età assicurativa dell'Assicurato.

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

Il Premio della Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia è funzione del Capitale Assicurato.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente mediante la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto della Compagnia.

In caso di cessazione del rapporto del Contraente con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, i successivi Premi annui per la prosecuzione del contratto andranno versati dal Contraente alle Compagnie mediante modalità che saranno concordate.

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

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

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.

Se alle scadenze successive convenute il Contraente non paga il Premio, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° 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..

## ART. 5 – MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE

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

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

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

## ART. 6 – RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE

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

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

## ART. 7 – DIRITTO DI RECESSO

Concluso il Contratto, il Contraente ha diritto di esercitare il Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.

Il Contraente comunica alla Compagnia la propria volontà di Recesso inviando una dichiarazione sottoscritta, a sua scelta:



- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it).

A fronte del Recesso, l'efficacia della Polizza cessa e le Parti si intendono libere da qualsiasi obbligazione

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le Garanzie dei Rami Danni).

## ART. 8 – CESSAZIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto di Assicurazione cessa al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato;
2. raggiungimento dell'80° anno di Età assicurativa dell'Assicurato;
3. perdita da parte dell'Assicurato di uno dei requisiti di cui all'art. 19 delle Condizioni di Assicurazione;
4. esercizio del diritto di Recesso da parte del Contraente.

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

La parte di Premio rimborsata sarà pari alla somma:

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

**Resta fermo che, qualora sia stata opzionata la Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia (Garanzia Opzionale), la stessa cessa al raggiungimento del 65° anno di Età assicurativa da parte dell'Assicurato. L'Assicurato resterà in copertura, per tutta la restante parte di durata del Contratto, per la sola Garanzia Decesso e per la Garanzia opzionale "Assistenza alla Persona".**

**Il Premio sarà quindi decurtato della componente relativa a tale garanzia ed espressione delle sole Garanzie che restano attive.**

## ART. 9 – BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI/REFERENTE TERZO

*Per la garanzia Decesso da ogni causa e per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia:* Beneficiario della Prestazione Assicurata è il Contraente

Eventuali modifiche dovranno essere comunicate per iscritto dal Contraente alla Compagnia.

*Per la garanzia Assistenza alla persona:* il Beneficiario è l'Assicurato.

Ai sensi dell'art. 1923 c.c., le somme corrisposte dalla Compagnia al Beneficiario godono del principio di Impignorabilità e inalienabilità.

## ART. 10 – CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI

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

## ART. 11 – RISCATTO E RIDUZIONE

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



## ART. 12 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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

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

## ART. 13 – ONERI FISCALI ED IMPOSTE

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia. Allo stato della normativa, il Premio – eccezione fatta per la garanzia Invalidità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia e per la garanzia Assistenza alle persone - non è soggetto ad imposta.

Le somme corrisposte agli aventi diritto alla prestazione non sono soggette a tassazione.

## ART. 14 – FORO COMPETENTE E CONTROVERSIE

### 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](http://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.

### CONTROVERSIONE

Per la risoluzione di eventuali controversie, fermo restando la possibilità delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, esse hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione degli eventi oggetto della copertura prestata dal presente Contratto. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino alla sede del Contraente.

## ART. 15 – HOME INSURANCE (Area Riservata)

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

## ART. 16 – VALIDITÀ TERRITORIALE

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

## ART. 17 – LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile al contratto è quella italiana. Per quanto non diversamente disciplinato dalle presenti Condizioni di assicurazione si rinvia alle norme di legge vigenti.



## SEZIONE 1 – DECESSO DA OGNI CAUSA ED ASSISTENZA

### CONDIZIONI DELLA GARANZIA DECESSO DA OGNI CASUA - OBBLIGATORIA

#### COS'È ASSICURATO

##### ART. 18 – DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato da ogni causa, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, è previsto il pagamento del Capitale Assicurato, indicato in Proposta ed in Polizza, in unica soluzione al Beneficiario.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di Durata dell'Assicurazione, la garanzia si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dalla Compagnia.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati, fino ad un massimo di quattro (4), e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, la garanzia per ciascuno degli altri Assicurati resta in vigore fino alla scadenza pattuita ed indicata in Proposta e Polizza per il capitale prescelto.

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limitazioni: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 22, 23 e 24

#### CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

##### ART. 19 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

Per poter perfezionare il Contratto è necessario che il Contraente abbia sede legale, residenza o domicilio fiscale in Italia. È inoltre necessario che l'Assicurato:

- a. abbia residenza o domicilio fiscale in Italia
- b. ricopra per il Contraente un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (Key-Man);
- c. abbia un'Età assicurativa compresa tra 18 e 75 anni;
- d. abbia un'Età assicurativa non superiore ad 80 anni alla scadenza del Contratto
- e. abbia sottoscritto il Questionario Sanitario e, ove richiesto in base al Capitale Assicurato e/o all'Età assicurativa dell'Assicurato stesso, si sia sottoposto a Visita Medica e abbia fornito il relativo Rapporto di visita medica debitamente compilato;
- f. abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Il Contraente può assicurare fino ad un massimo di quattro (4) Assicurati purché siano in possesso dei requisiti sopra riportati.

In caso di sottoscrizione del Questionario Sanitario con tutte le risposte negative, fatta salva la prima risposta relativa all'infezione da Covid19, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione della Proposta di Assicurazione. A fronte di una o più risposte positive fornite al Questionario Sanitario o in caso di Visita Medica o Rapporto di visita medica, la Compagnia si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del Rischio al Contraente e all'Assicurato.

##### ART. 20 – CAPITALE ASSICURATO

Il Capitale Assicurato è indicato nella Proposta di Assicurazione e nella Polizza; lo stesso dovrà essere compreso tra Euro 50.000 (cinquantamila) ed Euro 500.000 (cinquecentomila) e resta costante per tutta la durata dell'Assicurazione. Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, fino ad un massimo di quattro (4), per ciascuno di essi potrà essere assicurato un capitale differente fermi i limiti indicati dal presente articolo.

##### ART. 21 – NORME ASSUNTIVE

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



Ogni Contratto dovrà essere completato con la seguente documentazione:

- Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato sia compresa tra 18 e 65 anni e per capitali compresi tra Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) ed Euro 300.000,00 (trecentomila/00), al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, dovrà essere compilato il Questionario Sanitario. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario, diversa dalla prima risposta relativa all'infezione da Covid19, il Contratto potrà essere perfezionato solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.  
Resta fermo che L'Assicurando può richiedere volontariamente una Visita Medica e la relativa compilazione del Rapporto del Medico per eliminare il periodo di "carenza generale" previsto dalle Condizioni Contrattuali (tale visita non è condizione necessaria per il perfezionamento del contratto). I costi per l'eventuale eliminazione delle carenze sono a carico dell'Assicurando.
- Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato sia compresa tra 66 e 75 anni oppure, qualora indipendentemente dall'età dell'Assicurato, sia stato assicurato un capitale compreso tra Euro 300.000,01 (trecentomila/01) ed Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00), al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, l'Assicurando dovrà sottoporsi a Visita Medica e fornire il Rapporto di visita medica debitamente compilato e trasmettere alla Compagnia la seguente documentazione sanitaria:
  - Emoglobina glicosilata, creatininemia, azotemia, AST, ALT, CGT, colesterolo totale, trigliceridi, HDL, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV.
  - Esame completo delle urine.

Il Contratto potrà essere perfezionato solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

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

Di seguito, lo schema delle formalità assuntive sopra indicate:

| Età assicurativa | Capitale Assicurato in caso di Decesso da ogni causa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | Da € 50.000 a € 300.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Da € 300.001 a € 500.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 18 – 65          | <p>L'Assicurando dovrà compilare il Questionario Sanitario. A fronte di una o più risposte positive fornite dall'Assicurando al Questionario Sanitario - ad esclusione della prima domanda relativa al Covid19 - la Compagnia si riserva il diritto di accettare o meno la proposta e quindi la stipulazione della polizza.</p> <p><b>L'Assicurando può richiedere volontariamente una Visita Medica e la relativa compilazione del Rapporto del Medico per eliminare il periodo di "carenza generale" previsto dalle Condizioni Contrattuali (tale visita non è condizione necessaria per il perfezionamento del contratto). I costi per l'eventuale eliminazione delle carenze sono a carico dell'Assicurando.</b></p> | <p>L'Assicurato dovrà:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Compilare il Questionario Sanitario;</li> <li>Effettuare Visita Medica e fornire il Rapporto di visita medica debitamente compilato;</li> <li>Sottoporsi ai seguenti esami del sangue: emoglobina glicosilata, creatininemia, azotemia, AST, ALT, CGT, colesterolo totale, trigliceridi, HDL, emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV;</li> <li>Sottoporsi ad analisi complete delle urine</li> </ol> <p>A fronte della documentazione fornita dall'Assicurando la Compagnia si riserva il diritto di accettare o meno la proposta e quindi la stipulazione della polizza.</p> |
| 66 – 75          | <p>L'Assicurando dovrà:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Compilare il Questionario Sanitario;</li> <li>Effettuare Visita Medica e fornire il Rapporto di visita medica debitamente compilato;</li> <li>Sottoporsi ai seguenti esami del sangue: emoglobina glicosilata, creatininemia, azotemia, AST, ALT, CGT, colesterolo totale, trigliceridi, HDL, emocromo completo con formula e conta piastrinica,</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |





|  |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>HBsAg, HBeAg, HCV, HIV;<br/>d. Sottoporsi ad analisi complete delle urine</p> <p>A fronte della documentazione fornita dall'Assicurando la Compagnia si riserva il diritto di accettare o meno la proposta e quindi la stipulazione della polizza.</p> |  |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## COSA NON È ASSICURATO

### ART. 22 – LIMITI DI INDENNIZZO

A nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

### ART. 23 – ESCLUSIONI

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

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

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

È inoltre esclusa dall'Assicurazione la morte causata da:

- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di attività sportive professionistiche;
- pratica di sport aerei in genere;
- pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4.000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno;



torrentismo; vela transoceanica, bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.

- attività professionale pericolosa che comporti:
  - contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche;
  - lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in Garanzia l'edilizia fino a 15 m di altezza);
  - lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
  - l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, aviazione, corpi di protezione civile, (si intende inclusa in Garanzia l'attività svolta da personale di supporto, amministrativo, d'ufficio, senza viaggi all'estero o mansioni pericolose).

## LIMITI DI COPERTURA

### ART. 24 – TERMINI DI CARENZA

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

Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica

La copertura non è, altresì, operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di effetto dell'assicurazione e sia dovuto ad infezione da HIV, ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurando, in fase di assunzione del Rischio, dovesse effettuare un test sull'HIV con esito negativo. Qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica e rifiuti di fare il test sull'HIV il periodo di carenza sarà esteso a 7 anni.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel periodo di carenza del contratto e quest'ultimo sia in regola con il pagamento del Premio, il Capitale Assicurato non sarà pagato ed in suo luogo verrà corrisposto un importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

La Carenza non opera qualora il decesso sia conseguenza diretta:

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

## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

### ART. 25 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

In caso di Decesso, il Contraente o chi per lui deve tempestivamente inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia in versione sempre aggiornata) a:

- Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia (tramite lettera raccomandata A/R)
- [claims@netinsurance.it](mailto:claims@netinsurance.it) (tramite e-mail)

Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete della seguente documentazione:

- modulo di Denuncia di Sinistro debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate Bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante,



- nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- relazione del medico curante circa le cause del decesso, completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla Malattia che ha causato il decesso.

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

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

Inoltre, il Beneficiario deve:

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

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

**La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro. Gli aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.**

**Richieste di pagamento incomplete comportano necessità di integrazione dei documenti e conseguentemente possono comportare tempi più lunghi.**

## ART. 26 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

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

**Conseguentemente, il Contraente riconosce fin da ora che la Compagnia sarà liberata dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'Indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.**

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

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

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

- Numero Verde 800 9096 33 (Contact Center)
- Sito: [www.netinsurance.it/wecare](http://www.netinsurance.it/wecare)
- E-mail: [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it)



## CONDIZIONI DELLA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA – SEMPRE OPERANTE

### COS'È ASSICURATO

#### ART. 27 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Le prestazioni di assistenza previste in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato di seguito elencate sono fornite per il tramite esclusivo della Struttura organizzativa.

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

#### CONSULENZA MEDICA

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

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

#### MYCLINIC

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

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

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

Prestazioni:

##### 1. VALUTAZIONE DEI SINTOMI TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

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

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

##### 2. CONSULTO MEDICO TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

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

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

##### 3. CARTELLA SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

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

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

##### 4. PASSAPORTO SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

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



## INVIO DI UN MEDICO GENERICO AL DOMICILIO

### (Prestazione valida in Italia)

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

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

## TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

### (Prestazione valida in Italia)

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

## COSA NON È ASSICURATO

### ART. 28 – ESCLUSIONI

Sono escluse le prestazioni conseguenti a:

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

## LIMITI DI COPERTURA

### ART. 29 – LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

La struttura Organizzativa non è responsabile dei danni:

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

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



## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

### ART. 30 – RICHIESTA DI ASSISTENZA

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

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

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

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

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

Le informazioni necessarie da rendere in caso di Denuncia di Sinistro sono le seguenti:

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

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

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

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



## SEZIONE 2 – INFORTUNI O MALATTIA

### CONDIZIONI DELLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA - OPZIONALE

#### COS'È ASSICURATO

##### ART. 31 – INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

In caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nel periodo di durata dell'Assicurazione, che comportino un'Invalidità riduttiva in modo permanente della sua capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo - di grado pari o superiore al 60% della totale, accertata - successivamente alla Data di Decorrenza della Polizza e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, la Compagnia garantisce al Beneficiario il pagamento di un importo pari Capitale Assicurato.

L'Invalidità Permanente Totale sarà riconosciuta ai fini della presente copertura sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA".

Nel caso in cui venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato, il Contratto assicurativo resta operante per le restanti garanzie.

**Nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di uno di essi, la garanzia per ciascuno degli altri Assicurati – se opzionata - resta in vigore fino alla scadenza pattuita ed indicata in Proposta e Polizza per il capitale prescelto.**

La garanzia è soggetta ad esclusioni e limitazioni: per i dettagli si rimanda ai successivi artt. 34, 35 e 36

#### CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

##### ART. 32 – REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITÀ DI AMMISSIONE

Per poter opzionare la garanzia facoltativa Invalidità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia è necessario che il Contraente abbia sede legale, residenza o domicilio fiscale in Italia. È inoltre necessario che l'Assicurato:

- abbia residenza o domicilio fiscale in Italia;
- ricopra per il Contraente un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (Key-Man);
- abbia un'Età assicurativa compresa tra 18 e 60.

Per la garanzia Invalidità Permanente e Totale da Infortunio o Malattia, l'Assicurato può restare in copertura, ferma la scadenza di contratto, fino al 65° anno di età.

Il Contraente può assicurare fino ad un massimo di quattro (4) Assicurati purché siano in possesso dei requisiti sopra riportati.

**Al raggiungimento del 65° anno di età la garanzia cessa, ferma la vigenza del contratto per le restanti garanzie fino alla scadenza. Il Premio sarà quindi decurtato della componente relativa a tale garanzia ed espressione delle sole Garanzie che restano attive.**

##### ART. 33 – CAPITALE ASSICURATO

Il Capitale Assicurato è indicato nella Proposta di Assicurazione e nella Polizza; lo stesso dovrà essere compreso tra Euro 50.000 (cinquantamila) ed Euro 500.000 (cinquecentomila). Il capitale per la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia potrà essere pari o inferiore al Capitale Assicurato per la Garanzia Decesso da ogni causa, ma mai superiore. Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, fino ad un massimo di 4, per ciascuno di essi potrà essere assicurato un capitale differente fermi i limiti indicati dal presente articolo.





## COSA NON È ASSICURATO

### ART. 34 – LIMITI DI INDENNIZZO

A nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

### ART. 35 – ESCLUSIONI

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

- dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;
- suicidio o tentato suicidio da cui ne consegue il decesso dell'assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'Assicurazione;
- uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altra patologia ad essa collegata,
- Malattie, malformazioni, stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
- viaggi in paesi a Rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria. Per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di attività sportive professionistiche;
- pratica di sport aerei in genere;
- pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee oltre i 40 m sia con autorespiratore che in apnea; alpinismo con attrezzatura di sicurezza oltre i 4.000 m, alpinismo con scalate oltre il terzo grado od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di guida alpina abilitata, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci o snowboard estremo, sci fuoripista; speleologia oltre 12 volte l'anno; torrentismo; vela transoceanica, bungee jumping, rafting, motonautica, automobilismo; motociclismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme.
- attività professionale pericolosa che comporti:
  - contatti con materie esplodenti, venefiche, od elettriche;
  - lavori su impalcature o ponti (si intende inclusa in Garanzia l'edilizia fino a 15 m di altezza);
  - lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
  - l'appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, aviazione, corpi di protezione civile, (si intende inclusa in Garanzia l'attività svolta da personale di supporto, amministrativo, d'ufficio, senza viaggi all'estero o mansioni pericolose).



## LIMITI DI COPERTURA

### ART. 36 – TERMINI DI CARENZA

Fermo quanto previsto all'Art. 3, la Garanzia decorre dal 90° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le malattie e dal momento in cui ha effetto l'assicurazione stessa per gli infortuni.

## COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

### ART. 37 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

In caso di sinistro Il Contraente/Assicurato non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento dell'evento assicurato - pena la possibile perdita al diritto o la relativa riduzione all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c. - deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia in versione sempre aggiornata) a:

- Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia (tramite lettera raccomandata A/R)
- [claims@netinsurance.it](mailto:claims@netinsurance.it) (tramite e-mail)

**Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete della seguente documentazione:**

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

**La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia il cui costo sarà a totale carico di quest'ultima.**

**Richieste di pagamento incomplete comportano necessità di integrazione dei documenti e conseguentemente possono comportare tempi più lunghi.**

### ART. 38 – VALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE

L'accertamento da parte della Compagnia quando le minorazioni risultano stabili e quantificabili (tra il 3° e il 12° mese dall'evento) prendendo in considerazione le sole conseguenze dell'infortunio o della malattia occorsa, senza tener quindi conto di eventuali invalidità riconducibili a situazioni patologiche o infermità preesistenti.

### ART. 39 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

La Compagnia, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento entro 30 (trenta).

**Conseguentemente, il Contraente riconosce fin da ora che la Compagnia sarà liberata dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'Indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.**

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Compagnia, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, l'importo liquidato o oggettivamente determinabile in funzione dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi

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

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

- Numero Verde 800 9096 33 (Contact Center)
- Sito: [www.netinsurance.it/wecare](http://www.netinsurance.it/wecare)
- E-mail: [wecare@netinsurance.it](mailto:wecare@netinsurance.it)

## INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

#### **1) Titolare del trattamento dei dati**

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

#### **2) Tipologia e fonte dei dati**

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

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

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

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

#### **3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati**

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

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

- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti delle Compagnie. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse delle Compagnie alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

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

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

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

#### 4) Modalità del trattamento dei dati

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

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

#### 5) Destinatari dei dati

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

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo [responsabileprotezionedati@netinsurance.it](mailto:responsabileprotezionedati@netinsurance.it) ovvero presso la sede delle Compagnie.

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

## 6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

## 7) Diritti dell'Interessato

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

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

### 7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

**NET INSURANCE S.p.A.**

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4, 00161 Roma

[ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it)

[ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it)

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

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

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



## MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE



| PROPOSTA DI ASSICURAZIONE NET K-MAN N. _____                           |                                                             |                                                                                |                     |                            |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| Intermediario                                                          | Cod. Filiale                                                | Cod.Prod.                                                                      | Matricola Operatore |                            |
| <b>DATI DEL CONTRAENTE</b>                                             |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Ragione Sociale                                                        |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| P. Iva                                                                 |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Sede Legale in (via, piazza, ecc.)                                     |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Città e provincia                                                      |                                                             | c.a.p.                                                                         |                     |                            |
| Indirizzo e-mail                                                       |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| <b>DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE/TITOLARE DELLA DITTA INDIVIDUALE</b> |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Cognome e Nome                                                         |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Nato a                                                                 |                                                             | il                                                                             |                     |                            |
| Codice fiscale                                                         |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Residente in (via, piazza, ecc.)                                       |                                                             | n. civico                                                                      |                     |                            |
| Città e provincia                                                      |                                                             | c.a.p.                                                                         |                     |                            |
| Indirizzo e-mail                                                       |                                                             | n. cellulare                                                                   |                     |                            |
| <b>DATI DI POLIZZA ASSICURATIVA</b>                                    |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Data inserimento proposta                                              |                                                             | Durata del contratto (in anni)                                                 |                     |                            |
| Frazionamento                                                          |                                                             | Tacito rinnovo                                                                 | NO                  | Polizza sostituita         |
| Condizioni di assicurazione operanti:                                  |                                                             | Mod. N. NET/0151/01 - Ed. 06-2025                                              |                     |                            |
| Modalità di Pagamento:                                                 |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| IBAN del Contraente:                                                   |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| <b>DATI ASSICURATO N. 1</b>                                            |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Cognome e Nome                                                         |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Nato a                                                                 |                                                             | il                                                                             |                     |                            |
| Codice fiscale                                                         |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Residente in (via, piazza, ecc.)                                       |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Città e provincia                                                      |                                                             | c.a.p.                                                                         |                     |                            |
| Indirizzo e-mail                                                       |                                                             | n. cellulare                                                                   |                     |                            |
| <b>GARANZIE ASSICURATO N. 1</b>                                        |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Decesso per ogni causa             | <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza alle persone | <input type="checkbox"/> Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia |                     |                            |
| <b>PREMIO ANNUO ASSICURATO N. 1</b>                                    |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| GARANZIE                                                               | CAPITALE ASSICURATO                                         | PREMIO ANNUO IMPONIBILE                                                        | IMPOSTE             | PREMIO ANNUO LORDO IMPOSTE |
| Decesso per ogni causa                                                 |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| Assistenza alle persone                                                | Vedi condizioni di assicurazione                            |                                                                                |                     |                            |
| Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia                  |                                                             |                                                                                |                     |                            |
| PREMIO ANNUO TOTALE                                                    |                                                             |                                                                                |                     |                            |



# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



| DATI ASSICURATO N. 2             |  |              |  |
|----------------------------------|--|--------------|--|
| Cognome e Nome                   |  |              |  |
| Nato a                           |  | il           |  |
| Codice fiscale                   |  |              |  |
| Residente in (via, piazza, ecc.) |  |              |  |
| Città e provincia                |  | c.a.p.       |  |
| Indirizzo e-mail                 |  | n. cellulare |  |

| GARANZIE ASSICURATO N. 2                                   |                                                             |                                                                                |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Decesso per ogni causa | <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza alle persone | <input type="checkbox"/> Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia |

| PREMIO ANNUO ASSICURATO N. 2                          |                                  |                         |         |                            |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------|----------------------------|
| GARANZIE                                              | CAPITALE ASSICURATO              | PREMIO ANNUO IMPONIBILE | IMPOSTE | PREMIO ANNUO LORDO IMPOSTE |
| Decesso per ogni causa                                |                                  |                         |         |                            |
| Assistenza alle persone                               | Vedi condizioni di assicurazione |                         |         |                            |
| Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia |                                  |                         |         |                            |
| PREMIO ANNUO TOTALE                                   |                                  |                         |         |                            |

| DATI ASSICURATO N. 3             |  |              |  |
|----------------------------------|--|--------------|--|
| Cognome e Nome                   |  |              |  |
| Nato a                           |  | il           |  |
| Codice fiscale                   |  |              |  |
| Residente in (via, piazza, ecc.) |  |              |  |
| Città e provincia                |  | c.a.p.       |  |
| Indirizzo e-mail                 |  | n. cellulare |  |

| GARANZIE ASSICURATO N. 3                                   |                                                             |                                                                                |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Decesso per ogni causa | <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza alle persone | <input type="checkbox"/> Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia |

| PREMIO ANNUO ASSICURATO N. 3                          |                                  |                         |         |                            |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------|----------------------------|
| GARANZIE                                              | CAPITALE ASSICURATO              | PREMIO ANNUO IMPONIBILE | IMPOSTE | PREMIO ANNUO LORDO IMPOSTE |
| Decesso per ogni causa                                |                                  |                         |         |                            |
| Assistenza alle persone                               | Vedi condizioni di assicurazione |                         |         |                            |
| Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia |                                  |                         |         |                            |
| PREMIO ANNUO TOTALE                                   |                                  |                         |         |                            |

| DATI ASSICURATO N. 4             |  |        |  |
|----------------------------------|--|--------|--|
| Cognome e Nome                   |  |        |  |
| Nato a                           |  | il     |  |
| Codice fiscale                   |  |        |  |
| Residente in (via, piazza, ecc.) |  |        |  |
| Città e provincia                |  | c.a.p. |  |

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



|                  |  |              |  |
|------------------|--|--------------|--|
| Indirizzo e-mail |  | n. cellulare |  |
|------------------|--|--------------|--|

## GARANZIE ASSICURATO N. 4

|                                                            |                                                             |                                                                                |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Decesso per ogni causa | <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza alle persone | <input type="checkbox"/> Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

## PREMIO ANNUO ASSICURATO N. 4

| GARANZIE                                              | CAPITALE ASSICURATO              | PREMIO ANNUO IMPONIBILE | IMPOSTE | PREMIO ANNUO LORDO IMPOSTE |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------|----------------------------|
| Decesso per ogni causa                                |                                  |                         |         |                            |
| Assistenza alle persone                               | Vedi condizioni di assicurazione |                         |         |                            |
| Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia |                                  |                         |         |                            |
| PREMIO ANNUO TOTALE                                   |                                  |                         |         |                            |

## PREMIO TOTALE

### IMPORTO RATA ALLA FIRMA

|                   |         |              |
|-------------------|---------|--------------|
| PREMIO IMPONIBILE | IMPOSTE | PREMIO LORDO |
|-------------------|---------|--------------|

### IMPORTO RATE SUCCESSIVE

|                   |         |              |
|-------------------|---------|--------------|
| PREMIO IMPONIBILE | IMPOSTE | PREMIO LORDO |
|-------------------|---------|--------------|

## BENEFICIARIO DELLA GARANZIA DECESSO PER OGNI CAUSA

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| Beneficiario della Polizza Assicurativa |  |
|-----------------------------------------|--|

Data \_\_\_\_\_ La Contraente (Rappresentante Legale) \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente, per il tramite del Rappresentante Legale:

- dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo Mod. NL/NET/0151/01 - Ed. 06-2025 predisposto da Net Insurance S.p.A., contenente il Documento Informativo Precontrattuale, il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo, il Glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac-Simile della Proposta di Assicurazione e di accettare i documenti ivi contenuti come parte integrante del Contratto di Assicurazione

Data \_\_\_\_\_ La Contraente (Rappresentante Legale) \_\_\_\_\_

- dichiara ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 di aver ricevuto il MUP - Modello Unico Precontrattuale;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete. **È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;**
- di autorizzare l'addebito del premio annuo e quello relativo agli anni successivi, in caso di polizza con durata superiore ad un anno, sul proprio conto corrente indicato nella presente polizza;
- di aver consegnato, nei casi in cui l'Assicurato è persona diversa, l'informativa sulla protezione dei dati personali a tutti gli interessati i cui dati personali sono comunicati al Gruppo (quali, a titolo esemplificativo, dipendenti del contraente o beneficiari in caso di polizze collettive).

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

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



Il Contraente dichiara inoltre ai sensi dell'art. 120-quater del CAP, di aver scelto di ricevere la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, del contratto di assicurazione concluso, e durante la vigenza del contratto di assicurazione, delle comunicazioni previste dalla normativa vigente ☐ VIA E-MAIL IN FORMATO DIGITALE / ☐ IN FORMATO CARTACEO agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.

Tale dichiarazione potrà essere revocata liberamente dal Contraente in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_ La Contraente (Rappresentante Legale) \_\_\_\_\_

## Mandato per addebito diretto Sepa (SDD)

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

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

Data \_\_\_\_\_ La Contraente (Rappresentante Legale) \_\_\_\_\_

**Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione (Mod. NL/NET/0151/01 - Ed. 06/2025):**

Art. 1 "Dichiarazioni del Contraente/Assicurato" – Art. 3 "Conclusione, decorrenza e durata del Contratto" – Art. 4 "Pagamento del Premio" – Art. 5 "Mancato pagamento del premio: risoluzione" – Art. 8 "Cessazione del Contratto" – Art. 10 "Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni" – Art. 19, 32 "Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione" – Art. 20, 33 "Capitale assicurato" – Art. 21 "Norme assuntive" – Art. 22, 34 "Limiti di indennizzo" – Art. 23, 28, 35 "Esclusioni" – Art. 24, 36 "Termini di carenza" – Art. 25, 37 "Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente" – Art. 26, 38 "Liquidazione del sinistro" – Art. 27 "Oggetto dell'Assicurazione" – Art. 29 "Limitazione di responsabilità", Art. 38 "Valutazione dell'Invalidità Permanente Totale"

Data \_\_\_\_\_ La Contraente (Rappresentante Legale) \_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - CONTRAENTE

La Società \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita Iva \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- a) Dichiaro di aver consegnato l'informativa privacy presente nel Set Informativo a tutti gli interessati i cui dati personali sono comunicati al Titolare (qualora titolo di mandato, dipendenti del contraente o beneficiari in caso di polizze collettive).

☐ **conferma**

- a) Consapevole che l'omesso conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:

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

☐ **presta il consenso**

☐ **nega il consenso**

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

☐ **presta il consenso**

☐ **nega il consenso**

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni



# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma del Contraente nella persona del legale

rappresentante pro tempore \_\_\_\_\_

Nome [in stampatello] \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE ASSICURATO

Il Sottoscritto Assicurando dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

Data \_\_\_\_\_

Assicurato \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO SANITARIO ASSICURATO

### Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. **È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico**;
- prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con l'evidenza del costo a suo carico;
- l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

Si specificano di seguito i seguenti significati:

- conclusione del trattamento attivo della patologia:** ai fini della formazione dell'oblio oncologico, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico;
- trattamento farmacologico antitumorale:** chemioterapia, terapia ormonale, immunoterapia, terapia mirata, agenti biologici, trapianto di midollo osseo, terapia cellulare o genica, trial clinici. Rientra nella definizione di trattamento farmacologico antitumorale qualsiasi eventuale combinazione dei trattamenti sopra elencati o altri approcci medici basati sull'evidenza, a seconda del tipo e dello stadio della patologia oncologica. Queste terapie possono essere impiegate in qualunque fase del trattamento della patologia oncologica (sia come terapie adiuvanti che neoadiuvanti);
- recidiva:** qualsiasi nuova manifestazione clinica associabile ad una patologia oncologica precedente, diagnosticata sia attraverso un esame biologico o di diagnostica per immagini;
- guarigione:** è da intendersi come equivalente al termine medico di remissione completa, cioè l'assenza di segni e sintomi relativi a una malattia oncologica. La guarigione può essere attestata, tra le altre cose, da un esame fisico, da indagini radiologiche e da biomarcatori sierici.

### DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il

Codice fiscale \_\_\_\_\_

### QUESTIONARIO SANITARIO (da compilarsi a cura dell'Assicurato)

1. La differenza tra la Sua altezza in centimetri e il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120 (ad es. altezza 175cm – peso 70Kg = 105)?

SI ☐ NO ☐

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Peso: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                             |
| Altezza: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |                             |
| 2. Negli ultimi 5 anni si è sottoposto a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse da ipercolesterolemia, ipertensione o da malattie della tiroide, menopausa?                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha mai sofferto (e se sì quando) o attualmente soffre di:                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                             |
| Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa (instabile seppur in trattamento farmacologico con valori superiori a 140/90)                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo                                                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi                                                                                                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite                                                                                                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari                                                                                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura (fatta l'esenzione dalla dichiarazione prevista alle Avvertenze sulla compilazione lettera d)                                                                                                                                                                                     | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Negli ultimi 5 anni è stato ricoverato almeno 3 giorni consecutivi per un motivo diverso da varicectomia, appendicectomia                                                                                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha in atto qualche sintomatologia persistente (ad esempio dolori al petto, costipazione, sangue nelle feci, tosse, tumefazioni, noduli, rigonfiamenti, emicranie, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento ghiandole linfatiche) per la quale intende sottoporsi a degli accertamenti sanitari?       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. E' in attesa di ricevere gli esiti degli esami già eseguiti (Risonanza magnetica, TAC, radiografie, ecografie, test funzionali epatica, marker epatite, fondo oculare, ECG, elettroencefalogramma, mammografia, analisi delle urine, esami del sangue) o diagnosi per una sintomatologia persistente di cui alla domanda 5 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Percepisce o ha in corso la richiesta per ottenere assegni o pensioni di invalidità almeno del 10% derivanti da malattie riconosciute da compagnie di assicurazione, INAIL, INPS o altri organi di previdenza e/o assistenza?                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. Attualmente soffre o è in attesa di ricevere una diagnosi di malattia neurologica (epilessia, meningite, miastenia, neuropatia periferica, sclerosi multipla, qualsiasi forma di demenza, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, morbo di Huntington, malattia del motoneurone)?                                          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9. È mai risultato positivo al Covid19?                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. L'infezione al Covid19:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                             |
| a) Le ha comportato un ricovero presso una struttura sanitaria in un reparto di terapia intensiva o sub-intensiva o supporto nella ventilazione a domicilio?                                                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Data .....

Assicurato .....

# Condizioni di Assicurazione – NET K-MAN

Contratto multigaranzia a durata variabile e a Premio annuo costante



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – ASSICURATO

Io/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ nella sua qualità di interessato, letta e compresa  
l'informativa privacy presente nel Set informativo:

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

☐ presta il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

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

☐ presta il consenso

☐ nega il consenso

Data \_\_\_\_\_

L'Interessato \_\_\_\_\_

FAC-SIMILE