

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE



double defence

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 12/2023

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti semplici e chiari”



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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione multigaranzia dedicata alla Persona, creata per proteggere l'Assicurato dalle principali conseguenze di eventuali Infortuni e mettere a sua disposizione Prestazioni di Assistenza in caso di necessità.



Che cosa è assicurato?

In caso di Infortuni che potresti subire nello svolgimento della tua attività professionale e/o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale o ricreativa o in caso di asfissia, avvelenamento, assideramento, malore, o punture di insetti è assicurato:

- ✓ **Morte da Infortunio:** in caso di Infortunio che ha come conseguenza la morte, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a Euro 50.000 ai Beneficiari designati.
- ✓ **Invalidità Permanente da Infortunio:** in caso di Infortunio che ha come conseguenza un'Invalidità Permanente, la Compagnia corrisponde un Indennizzo predeterminato in base alla percentuale di Invalidità Permanente accertata con il massimo di Euro 50.000 per invalidità pari o superiori al 61%.
- ✓ **Diaria da Ricovero da Infortunio:** in caso di Infortunio che ha come conseguenza il Ricovero in Istituto di cura, la Compagnia corrisponde una Diaria pari a Euro 100, per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 120 giorni per Anno assicurativo, indipendentemente dal numero degli Infortuni e dei Ricoveri occorsi durante l'Anno assicurativo medesimo. La Diaria, in caso di Infortunio Stradale, è pari a Euro 200 per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino a un massimo di 120 giorni per Anno assicurativo.
- ✓ **Fratture ossee:** in caso di Infortunio che ha come conseguenza una Frattura ossea, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a Euro 1.500, per ogni singola Frattura ossea, fino ad un massimo di 3 fratture per anno, corrispondenti ad un Indennizzo massimo di Euro 4.500 per Anno assicurativo.
- ✓ **Ustioni:** in caso di Ustione pari o superiore al 4,5% del corpo provocata da un agente chimico, termico e fisico, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a Euro 1.500, fino ad un massimo di 3 Ustioni per anno corrispondenti ad un Indennizzo massimo di Euro 4.500 per Anno assicurativo.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla Malattia di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.
- ✗ Non sono assicurabili le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Contratto abbiano un'età superiore a 75 anni e che alla Scadenza dell'Assicurazione abbiano un'età superiore a 80 anni.



Ci sono limiti di copertura?

A titolo esemplificativo e non esaustivo si indicano alcune delle cause per cui gli INFORTUNI si intendono esclusi.

Sono esclusi gli Infortuni causati da:

- ! dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione;
- ! dalla pratica di sport aerei in genere quali ad esempio: utilizzo di deltaplano, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
- ! dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! dalla guida e uso di mezzi subacquei;
- ! dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- ! dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

Assistenza alla Persona

- ✓ Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.
- ✓ Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati.
- ✓ Centrale Operativa (Concierge).
- ✓ Medico h 24.
- ✓ Check-up ad-hoc in centri convenzionati.
- ✓ Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale).
- ✓ Video Consulto Medico.

! dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il Contratto, hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del Contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni, tue o dell'Assicurato se diverso, inesatte o le reticenze 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.

In caso di Sinistro, tu o l'Assicurato - se diverso - o gli aventi diritto deve/devono darne avviso alla Compagnia entro 9 giorni e fornire la documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul tuo conto corrente bancario, bonifico o carta di credito.

Il Premio annuo è frazionabile a tua scelta, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. L'eventuale frazionamento del Premio non ti esonera dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha una durata annuale e, in mancanza di disdetta, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire.

Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con il tuo pagamento del Premio.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se hai pagato il Premio o la prima rata di Premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. La Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto.

Il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la tua volontà di concludere il Contratto. Da tale momento, la Compagnia garantisce le prestazioni oggetto del Contratto stesso, sempre che tu abbia pagato il Premio.



Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire la Polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della Scadenza annuale.

Hai la facoltà di recedere dal Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio. Puoi comunicare la tua volontà alla Compagnia, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata.

Assicurazione multigaranzia per la Persona

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

Net Insurance S.p.A.

DOUBLE DEFENCE

Ed. 06/2024

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



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

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

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; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n. 2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136.

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98,3 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 80,7 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 50,3 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 18,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 101,6 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 201,86%. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2023 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

DOUBLE DEFENCE è un Prodotto multigaranzia a protezione della Persona. Ti consente di costruire la copertura Infortuni che più soddisfa le tue esigenze di protezione, combinando i Pacchetti di Garanzie predisposti, per rispondere alle conseguenze più immediate e frequenti e disporre di Prestazioni di Assistenza in caso di necessità.

Puoi scegliere tra le seguenti opzioni:

PACCHETTI ACQUISTABILI SINGOLARMENTE	PACCHETTI FACOLTATIVI ACQUISTABILI SOLO IN ABBINAMENTO AL PACCHETTO BASE
<p>Pacchetto BASE così composto:</p> <p>Garanzie Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fratture Ossee- Ustioni- Diaria da Ricovero da Infortuni <p>Prestazioni di Assistenza alla Persona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.- Centrale Operativa (Concierge)	<p>Pacchetto AGGIUNTIVO 1 con le seguenti Garanzie Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Morte da Infortunio- Invalidità Permanente da Infortunio <p>Pacchetto AGGIUNTIVO 2 con le seguenti Prestazioni di Assistenza alla Persona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Medico h 24- Check-up ad-hoc in centri convenzionati- Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale)

- Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati	- Video Consulto Medico
Pacchetto GOLD così composto: Prestazioni di Assistenza alla Persona: <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi - Centrale Operativa (Concierge) - Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati - Medico h 24 - Check-up ad-hoc in centri convenzionati - Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale) - Video Consulto Medico 	

SEZIONE 1 – GARANZIE INFORTUNI

<p>L'Assicurazione vale, per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento:</p> <p>a) della propria attività professionale;</p> <p>b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità (extraprofessionale);</p> <p>anche se derivanti da:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi, a parziale deroga dell'art. 1900 c.c.; 2. aggressioni, o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.; 3. atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, 4. Sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili: 5. gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza; 6. l'asfissia non dipendente da patologie pregresse; 7. l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento accidentale e acuto di sostanze; 8. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo e le altre influenze termiche ed atmosferiche; 9. le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali (con esclusione della malaria e delle Malattie tropicali); 10. le conseguenze dell'embolia gassosa, purché non conseguenti a pratica subacquea; 11. gli Infortuni che l'Assicurato subisce, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati: <ul style="list-style-type: none"> - su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; - su aeromobili in esercizio da parte di aeroclub; - su apparecchi per il volo da diporto o sportivo. <p>la copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.</p>	
Fratture ossee (Pacchetto BASE)	<p>La Compagnia, in caso di frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato, corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari a Euro 1.500 (millecinquecento) per ogni singola frattura ossea. La Garanzia è operante per un massimo di 3 fratture per Anno assicurativo, corrispondenti ad un massimo indennizzo di Euro 4.500 (quattromilacinquecento) per Anno assicurativo. La Prestazione è corrisposta se l'Infortunio si è verificato nel periodo di validità del Contratto e la Frattura ossea è stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio.</p>
Ustioni (Pacchetto BASE)	<p>La Compagnia in caso di Ustione, intesa come lesione della cute e talvolta dei tessuti sottostanti, provocati da un agente chimico, termico e fisico, pari o superiore al 4,5% del corpo, liquiderà all'Assicurato un Indennizzo pari a Euro 1.500 (millecinquecento).</p> <p>La Garanzia è operante per un massimo di 3 Ustioni per Anno assicurativo, corrispondenti ad un massimo indennizzo di Euro 4.500 (quattromilacinquecento) per Anno assicurativo.</p>
Diaria da Ricovero da Infortunio (Pacchetto BASE)	<p>La Compagnia In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio dell'Assicurato verificatosi in Italia, corrisponde all'Assicurato, senza l'applicazione di alcuna franchigia, una Diaria pari a Euro 100 (cento), per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 120 giorni per Anno assicurativo, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Anno assicurativo medesimo.</p> <p>Inoltre, in caso di Ricovero ospedaliero causato da infortunio stradale, ossia nel caso l'Assicurato sia conducente di mezzo trasporto privato, passeggero di mezzo trasporto privato o pubblico o</p>

	<p>pedone, la diaria sarà pari a Euro 200 (duecento) per ogni giorno di Ricovero, fino ad un massimo di 120 giorni.</p> <p>Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora di inizio del Ricovero e della dimissione.</p> <p>La prestazione viene corrisposta se:</p> <p>a) l'Infortunio si è verificato nel periodo di validità del Contratto;</p> <p>b) il Ricovero è iniziato nel periodo di validità del Contratto.</p> <p>Al termine del periodo di validità del Contratto, se l'Assicurato è ancora ricoverato, la Compagnia corrisponde la Prestazione per l'intero periodo di degenza, fino a concorrenza dei limiti sopra indicati.</p>																
<p>Morte da Infortunio (Pacchetto AGGIUNTIVO 1)</p>	<p>La Compagnia corrisponde un Indennizzo pari al capitale assicurato di Euro 50.000 (cinquantamila) in caso di Infortunio che ha come conseguenza la morte, anche se la stessa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e successivamente alla scadenza del Contratto. L'Indennizzo è liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali fra loro.</p> <p>Inoltre, se a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato e si presume l'avvenuta morte, la Compagnia liquida agli aventi diritto l'Indennizzo previsto per il caso di morte. La liquidazione avviene non prima di 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta.</p> <p>Se l'Assicurato risulta in vita dopo il pagamento dell'Indennizzo, la Compagnia ha diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato può far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.</p>																
<p>Invalidità Permanente da Infortunio (Pacchetto AGGIUNTIVO 1)</p>	<p>La Compagnia corrisponde un Indennizzo predeterminato in funzione della percentuale di invalidità accertata in caso di Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente, anche se la stessa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'infortunio. La percentuale di Invalidità Permanente è accertata secondo i criteri stabiliti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000.</p> <p>Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente, non determinabile sulla base dei valori stabiliti nella tabella sopra citata, vengono applicati i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel caso di minorazioni funzionali, che non comportano la perdita di un arto o di un organo, o in caso di minorazioni diverse da quelle di cui alla tabella citata, la Compagnia liquida l'Indennizzo sulla base del grado di Invalidità Permanente calcolato in proporzione alla funzionalità perduta con il limite delle percentuali riportate nella tabella stessa; - nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, la Compagnia liquida l'Indennizzo corrispondente alla somma matematica delle percentuali di Invalidità Permanente distintamente valutate, con il limite del valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso; - nel caso in cui l'Invalidità Permanente non è determinabile sulla base dei valori elencati nella citata tabella, il grado di Invalidità Permanente è determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione. <p>La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità Permanente calcolata sulla base dei valori indicati nella citata tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.</p> <p>La Compagnia indennizza l'Assicurato in base a quanto esposto nella seguente tabella:</p> <table border="1" data-bbox="651 1727 1171 2033"> <thead> <tr> <th>IP riconosciuta</th> <th>Indennizzo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fino al 10%</td> <td>nessuno</td> </tr> <tr> <td>Dall'11% al 20%</td> <td>€ 5.000</td> </tr> <tr> <td>Dal 21% al 30%</td> <td>€ 10.000</td> </tr> <tr> <td>Dal 31% al 40%</td> <td>€ 15.000</td> </tr> <tr> <td>Dal 41% al 50%</td> <td>€ 20.000</td> </tr> <tr> <td>Dal 51% al 60%</td> <td>€ 25.000</td> </tr> <tr> <td>Dal 61%</td> <td>€ 50.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>La liquidazione di un'Invalidità Permanente di grado pari o uguale al 61% fa cessare la Polizza.</p>	IP riconosciuta	Indennizzo	Fino al 10%	nessuno	Dall'11% al 20%	€ 5.000	Dal 21% al 30%	€ 10.000	Dal 31% al 40%	€ 15.000	Dal 41% al 50%	€ 20.000	Dal 51% al 60%	€ 25.000	Dal 61%	€ 50.000
IP riconosciuta	Indennizzo																
Fino al 10%	nessuno																
Dall'11% al 20%	€ 5.000																
Dal 21% al 30%	€ 10.000																
Dal 31% al 40%	€ 15.000																
Dal 41% al 50%	€ 20.000																
Dal 51% al 60%	€ 25.000																
Dal 61%	€ 50.000																

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

Assistenza alla Persona	<p>L'Assicurato può accedere alla Rete di strutture e/o di Professionisti Convenzionati in Italia e facenti parte del Network di MyAssistance:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case di cura; - Centri Diagnostici; - Centri odontoiatrici; - ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali); - IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico); - RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale); - Centri Fisioterapici - Centri Assistenza Domiciliare <p>Le Prestazioni sono organizzate secondo le opzioni riportate nella tabella sottostante:</p>																
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">PACCHETTO BASE</th> <th style="width: 50%;">PACCHETTO GOLD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.</td> <td>Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.</td> </tr> <tr> <td>Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati</td> <td>Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati</td> </tr> <tr> <td>Centrale Operativa (Concierge)</td> <td>Centrale Operativa (Concierge)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Medico h 24</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Check-up ad-hoc in centri convenzionati</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Video Consulto Medico</td> </tr> </tbody> </table>	PACCHETTO BASE	PACCHETTO GOLD	Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.	Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.	Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati	Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati	Centrale Operativa (Concierge)	Centrale Operativa (Concierge)		Medico h 24		Check-up ad-hoc in centri convenzionati		Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale)		Video Consulto Medico
	PACCHETTO BASE	PACCHETTO GOLD															
	Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.	Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.															
	Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati	Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati															
Centrale Operativa (Concierge)	Centrale Operativa (Concierge)																
	Medico h 24																
	Check-up ad-hoc in centri convenzionati																
	Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale)																
	Video Consulto Medico																

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<p>Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione; - dalla pratica di sport aerei in genere quali ad esempio: paracadutismo, parapendio, utilizzo di deltaplano o velivoli ultraleggeri; - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato non ha l'abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo; - dalla guida e uso di mezzi subacquei; - dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato; - dalla pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali ad esempio: pugilato, atletica pesante, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia; guidoslitta (bob); - dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta; - dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore; - dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici svolti a livello non amatoriale e/o non ricreativo; - dalla partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calciotto e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard
-----------------------	--

	<p>non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; - da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; - da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; - da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo; - da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche; - da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche; - da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.). <p>Sono inoltre esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio; - gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.); - gli infarti e ictus; - le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini. <p>Per la Garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio sono escluse le degenze diurne in Day hospital in quanto non comportanti pernottamento.</p> <p>Per la Garanzia Fratture ossee sono escluse anche le infrazioni, i distacchi parcellari e le lesioni cartilaginee in quanto non considerate Fratture.</p> <p>Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla Malattia di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il Contratto prevede Franchigie e massimi Indennizzi.

Franchigie

La Franchigia è la parte di Danno che rimane a carico dell'Assicurato e può essere espressa in cifra assoluta o in percentuale.

In questo Prodotto esiste una Franchigia sul grado di Invalidità Permanente accertato. Le Invalidità Permanenti di grado inferiore o pari ad una certa percentuale non danno luogo ad alcun Indennizzo.

Esempi Franchigia in percentuale

Capitale Assicurato: Euro 50.000

Franchigia % prevista: 10%

- 1) Percentuale di Invalidità Permanente accertata: 5%
Somma spettante all'Assicurato: nessuna
- 2) Percentuale di Invalidità Permanente accertata: 11%
Somma spettante all'assicurato: Euro 5.000.

Massimo Indennizzo

La somma massima pattuita in Polizza fino alla quale la Compagnia è impegnata a prestare la Garanzia assicurativa. Il massimale può essere per Sinistro e/o per Anno assicurativo.

Se i Danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'Assicurato.

Esempio massimo Indennizzo

Indennizzo per ciascuna Frattura: Euro 1.500

Numero di Fratture in copertura per Anno assicurativo: n. 3
Massimo Indennizzo per Anno assicurativo previsto: Euro 4.500 (corrispondenti a 3 Fratture)

Se l'Assicurato subisce una 4ª Frattura nell'Anno assicurativo, la stessa non sarà indennizzabile.

In caso di Sinistro aereo che colpisce più persone assicurate con la Compagnia, il limite aggregato di Indennizzo non può comunque superare la somma di Euro 5.000.000 (cinque milioni) per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Se gli Indennizzi complessivamente dovuti dalla Compagnia per il medesimo Sinistro aereo eccedono il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro
	<p>Per tutte le Garanzie ad eccezione della Garanzia Assistenza alla Persona: per richiedere informazioni su come denunciare un Sinistro, ricevere informazioni su un Sinistro già aperto o per inviare il modulo di denuncia sinistro completo della documentazione richiesta:</p> <ul style="list-style-type: none">- numero verde: 800 77 53 17 dal lunedì al venerdì 8.00 - 18.00- e-mail: claims@netinsurance.it- per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA - Italia- fax +39 06 97 625 707 <p>Per la Garanzia Assistenza alla Persona, in caso di Sinistro rivolgersi alla Centrale Operativa di MyAssistance:</p> <ul style="list-style-type: none">- numero da contattare dall'Italia e dall'estero: 02 330035020 nei giorni feriali dalle 8.30 alle 18.00- via posta: MyAssistance S.r.l. - Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano <p>Per tutte le coperture ad eccezione della Garanzia Assistenza alla Persona:</p> <p>In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso alla Compagnia entro 9 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c..</p> <p>La denuncia dell'Infortunio deve essere inviata alla Compagnia e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e deve essere corredata da certificato medico.</p> <p>Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.</p> <p>L'Assicurato deve sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della documentazione medica compresa la cartella clinica se prevista, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali secondo le norme legislative vigenti.</p> <p>È prevista la visita presso un medico fiduciario incaricato dalla Compagnia se la stessa ritiene di verificare la natura delle lesioni derivanti dall'Infortunio denunciato.</p> <p>L'accertamento dell'Infortunio viene effettuato dalla Compagnia, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 365 giorni dalla ricezione della denuncia.</p> <p>In caso di morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.</p> <p>Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato o degli aventi diritto con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dalla Compagnia, se richiesta.</p> <p>Per la Garanzia Assistenza alla Persona:</p> <p>Le Prestazioni di Assistenza possono essere richieste direttamente alla Centrale Operativa dal Contraente o dall'Assicurato o da un componente del nucleo familiare.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: La Compagnia ha affidato la gestione dei Sinistri relativi all'Assistenza alla Persona a MyAssistance S.r.l..</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia determina l'Indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul tuo conto corrente bancario, bonifico o carta di credito. Il Premio annuo è frazionabile a tua scelta, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. L'eventuale frazionamento del Premio non ti esonera dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione. Il Premio di Assicurazione è comprensivo di imposta.
Rimborso	In caso di Recesso esercitato dalla Compagnia, entro 15 giorni dalla data di sua efficacia, la stessa rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Rischio non corso.
Sconti	Non previsti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'Assicurazione ha una durata annuale e, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se hai pagato il Premio o la prima rata di Premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del tuo pagamento. La Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto. Se il Contratto è concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, lo stesso decorre dalle ore 24.00 del giorno stesso in cui la Compagnia ha raccolto la tua volontà di concludere il Contratto. A partire da tale momento, la Compagnia garantisce a te o all'Assicurato, se diverso, le prestazioni oggetto del Contratto stesso, sempre che tu abbia pagato il Premio.
Sospensione	Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di vendita mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, il Contraente puoi recedere dalla copertura assicurativa nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio.
Risoluzione	Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti mediante lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.



A chi è rivolto questo prodotto?

È un Prodotto multigaranzia rivolto alla persona fisica che desidera proteggere sé stesso o l'Assicurato, se persona diversa dal Contraente, in caso di Infortuni occorsi sul posto di lavoro o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale e ricreativa.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione
La quota parte del premio imponibile percepita in media per l'intermediazione assicurativa in valore percentuale è pari al 50%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<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 preliminarmente presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax,) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">- PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it- Posta: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA- Fax: +39 06 89326.570 <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;- numero della polizza e nominativo del Contraente;- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <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: www.netinsurance.it</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

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



Sommario

PREMESSA	3
GLOSSARIO	5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	7
Art. 2 – Altre assicurazioni	7
Art. 3 – Effetto, durata e disdetta del Contratto – Pagamento del Premio	7
Art. 4 – Effetto e recesso del Contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza	8
Art. 5 – Modifiche dell'Assicurazione	8
Art. 6 – Forma delle comunicazioni	8
Art. 7 – Aggravamento del Rischio	8
Art. 8 – Recesso in caso di Sinistro	8
Art. 9 – Riduzione dei capitali assicurati	8
Art. 10 – Validità territoriale	8
Art. 11 – Buona fede	8
Art. 12 – Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	9
Art. 13 – Oneri fiscali	9
Art. 14 – Limite massimo dell'Indennizzo	9
Art. 15 – Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	9
Art. 16 – Legge applicabile	9
Art. 17 – Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto	9
Art. 18 – Home Insurance (Area Riservata)	9
Art. 19 – Rinvio alle norme di Legge – Glossario	9
SEZIONE 1 – INFORTUNI	10
COS'È ASSICURATO	10
Art. 20 – Oggetto dell'Assicurazione	10
CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	10
Art. 21 – Limiti di età	10
Art. 22 – Modalità assuntive	10
LE GARANZIE INFORTUNI	11
Art. 23 – Garanzia Morte da Infortunio	11
Art. 24 – Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio	11
Art. 25 – Diaria da Ricovero da Infortunio	12
Art. 26 – Fratture ossee	12
Art. 27 – Ustioni	12
CHI E COSA NON È ASSICURATO	12
Art. 28 – Persone non assicurabili	12
Art. 29 – Esclusioni	13
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	14
Art. 30 – Denuncia del Sinistro ed oneri relativi	14
Art. 31 – Criteri di indennizzabilità	14
Art. 32 – Rinuncia al diritto di surrogazione	14
Art. 33 – Arbitrato	14
Art. 34 – Cumulo di Indennizzi	15
Art. 35 – Anticipo Indennizzi	15
Art. 36 – Pagamento dell'Indennizzo	15



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA	16
COS'È ASSICURATO.....	16
Art. 37 – Servizio di Assistenza	16
Art. 38 – Oggetto dell'Assicurazione	16
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1
CONTATTI UTILI	1



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

PREMESSA

Double Defence è un prodotto multigaranzia creato per proteggere l'Assicurato dalle principali conseguenze di eventuali Infortuni e mettere a sua disposizione Prestazioni di Assistenza in caso di necessità.

È possibile scegliere tra le seguenti opzioni:

- un **Pacchetto BASE** (acquistabile singolarmente), che include:
 - **Garanzie Infortuni**, per dare una risposta immediata agli eventi più ricorrenti;
 - **Prestazioni di Assistenza alla Persona**, con disponibilità di una Centrale Operativa o un'App personalizzata per usufruire di prenotazioni per accedere a Strutture e Professionisti Convenzionati beneficiando di tariffe agevolate.
- un **Pacchetto GOLD** (acquistabile singolarmente), che prevede sia la disponibilità di una Centrale Operativa o un'App personalizzata per usufruire di prenotazioni per accedere a Strutture e Professionisti Convenzionati beneficiando di tariffe agevolate, sia le Prestazioni Medico h24, Check-up ad-hoc in Centri Convenzionati, Cartella Medica Online e Video Consulto Medico.

È inoltre possibile arricchire il Pacchetto Base con i seguenti Pacchetti Aggiuntivi:

- **Pacchetto Aggiuntivo 1**: che completa le Garanzie Infortuni contenute nel Pacchetto Base con le Garanzie Morte e Invalidità Permanente da Infortunio;
- **Pacchetto Aggiuntivo 2**: che integra le Prestazioni di Assistenza contenute nel Pacchetto Base, con Medico h24, Check-up ad-hoc in Centri Convenzionati, Cartella Medica Online e Video Consulto Medico.

Di seguito il riepilogo delle Garanzie disponibili:

PACCHETTI ACQUISTABILI SINGOLARMENTE	PACCHETTI FACOLTATIVI ACQUISTABILI SOLO IN ABBINAMENTO AL PACCHETTO BASE
<p>Pacchetto BASE così composto:</p> <p>Garanzie Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Fratture Ossee- Ustioni- Diaria da Ricovero da Infortuni <p>Prestazioni di Assistenza alla persona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.- Centrale Operativa (Concierge)- Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati	<p>Pacchetto AGGIUNTIVO 1 con le seguenti garanzie infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Morte da Infortunio- Invalidità Permanente da Infortunio <p>Pacchetto AGGIUNTIVO 2 con le seguenti prestazioni di assistenza alla persona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Medico h 24- Check-up ad-hoc in centri convenzionati- Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale)- Video Consulto Medico
<p>Pacchetto GOLD così composto:</p> <p>Prestazioni di Assistenza alla persona:</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi- Centrale Operativa (Concierge)- Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati- Medico h 24- Check-up ad-hoc in centri convenzionati- Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale)- Video Consulto Medico	



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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 Modulo di Polizza, ed è prestata per i Capitali assicurati ivi indicati. Le Garanzie non hanno Carenze, le Franchigie sono riportate 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.



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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.

Arbitrato

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

Assicurato

Il soggetto persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione; può anche essere diverso dal Contraente.

Assicurazione

Il Contratto di Assicurazione.

Assistenza

La Garanzia assicurativa con la quale la Compagnia mette a disposizione dell'Assicurato delle Prestazioni di Assistenza alla Persona in caso di necessità.

Beneficiario

Persona fisica, che può coincidere o meno con l'Assicurato stesso, che riceve la Prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento. Per la Garanzia Morte da Infortunio, il soggetto nominato dal Contraente e specificato in Polizza.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che la Compagnia indennizza in caso di sinistro ed è riportato in Polizza.

Carenza

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

Compagnia

Net Insurance S.p.A..

Contraente

Il soggetto persona fisica che stipula il Contratto di assicurazione a favore degli Assicurati 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/la Prestazione 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.

Danni

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

Day hospital

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

Franchigia

Il numero di giorni o l'importo (espresso in valore assoluto o in percentuale sul capitale/massimale assicurato) dedotti dal danno indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico.

Diaria

Importo di indennità giornaliera che la Compagnia corrisponde all'Assicurato per ogni giorno di ricovero con pernottamento.

Frattura

Soluzione di continuità (rottura) del tessuto osseo provocata da infortunio. Non è frattura: qualsiasi lesione al solo tessuto cartilagineo o ai soli altri tessuti aventi rapporti di continuità e contiguità con l'osso; l'infrazione o il distacco parcellare.

Garanzia

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

Indennizzo / Indennità

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.

Infortunio stradale

- Infortunio** cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
- Infortunio** occorso all'Assicurato in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico esclusivamente terrestre.

Il conducente deve essere abilitato alla conduzione secondo le normative vigenti in materia e il trasporto pubblico deve essere effettuato in conformità alle disposizioni vigenti e indicazioni della carta di circolazione.

Invalità Permanente da Infortunio

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

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario,



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Parte

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di efficacia dell'Assicurazione

Il periodo intercorrente tra la data del pagamento del Premio o quella indicata in Polizza, se coincidente con quella del pagamento, e la scadenza dell'Assicurazione.

Polizza/Modulo di 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 per il Contratto di Assicurazione.

Prestazioni

Indennizzo o Servizi che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Ricovero

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

Rischio

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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Sepa Direct Debit (SDD): l'addebito diretto Sepa è lo strumento di pagamento mediante il quale il debitore (Assicurato) in base ad un accordo preliminare (mandato) autorizza il creditore (Compagnia) a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

Set Informativo

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

Sinistro

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

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli, 20/1, 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Compagnia, relativamente alle Garanzie della

Sezione 2 – Assistenza alla Persona, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stesso, le Prestazioni di Assistenza previste. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con le strutture convenzionate.

Tecniche di Comunicazione a Distanza

Qualunque strumento che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del Contratto di dette Parti.

Ustione

Lesione della cute e talvolta dei tessuti sottostanti, provocati da un agente chimico, termico e fisico, pari o superiore al 4,5% del corpo.



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, complete e corrette.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la cessazione dell'Assicurazione.

La Compagnia, infatti, ha diritto,

nel caso in cui la verità sia stata alterata con dolo o colpa grave:

- di contestare la validità del Contratto e di richiederne l'annullamento **entro tre mesi** dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di rifiutare la Prestazione ovvero il pagamento dell'Indennizzo, se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;
- di trattenere i Premi relativi al periodo di Assicurazione, in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento.

nel caso in cui la verità sia stata alterata senza dolo o colpa grave:

- di recedere dal Contratto **entro tre mesi** dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di ridurre in caso di Sinistro e in ogni tempo, le somme assicurate in proporzione al premio convenuto e a quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il reale stato del rischio.

Art. 2 – Altre assicurazioni

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

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato hanno l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori e sono tenuti a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo Contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'art. 1910 c.c. - Assicurazione presso diversi assicuratori.

Art. 3 – Effetto, durata e disdetta del Contratto – Pagamento del Premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

L'Assicurazione ha durata annuale.

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

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del Premio è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio può essere effettuato dal Contraente tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul proprio conto corrente, o tramite bonifico o carta di credito.

L'importo del Premio annuo è frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di pagare l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c. – Mancato pagamento del Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Ai sensi dell'art. 1901 c.c. il Contratto è risolto di diritto se la Compagnia, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

riscossione; la Compagnia ha diritto solo al pagamento del premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese sostenute.

Art. 4 – Effetto e recesso del Contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza

A parziale rettifica dell'art. 3 – “Effetto, durata e disdetta del Contratto – Pagamento del Premio”, si precisa che Il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il Contratto (data di effetto del Contratto). Da tale momento, la Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del Contratto, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio. **Il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio**, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia;
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo wecare@netinsurance.it.

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

Art. 5 – Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 6 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 7 – Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c. – Aggravamento del Rischio.

Art. 8 – Recesso in caso di Sinistro

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

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

Art. 9 – Riduzione dei capitali assicurati

In caso di Sinistro, i Capitali assicurati con le Garanzie “Fratture ossee” e “Ustioni” si intendono ridotti con effetto immediato e fino al termine del periodo di Assicurazione in corso di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile.

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

Art. 10 – Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 11 – Buona fede

L'omissione, da parte del Contraente, della comunicazione di una circostanza eventualmente aggravante il Rischio,



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

insorta dopo la stipulazione della presente Polizza, non pregiudica il diritto all'Indennizzo, sempreché tale omissione sia avvenuta in buona fede. Il Contraente avrà l'obbligo di pagare alla Compagnia il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 12 – Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c. – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Art. 13 – Oneri fiscali

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

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

Art. 14 – Limite massimo dell'Indennizzo

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

Art. 15 – Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

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

Art. 16 – 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.

Art. 17 – Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto

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

Art. 18 – Home Insurance (Area Riservata)

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

Art. 19 – Rinvio alle norme di Legge – Glossario

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

SEZIONE 1 – INFORTUNI

COS'È ASSICURATO

Art. 20 – Oggetto dell'Assicurazione

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

- a) della propria attività professionale;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità (extraprofessionale);
anche se derivanti da:
 - 1) negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi, a parziale deroga dell'art. 1900 c.c.;
 - 2) aggressioni, o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**, a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.;
 - 3) atti di temerarietà, **solo se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa**,

Sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili:

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

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

In caso di Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con la Compagnia, il limite aggregato di Indennizzo è pari a 5.000.000 euro per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dalla Compagnia per un unico Sinistro aereo eccedano il limite indicato, l'Indennizzo spettante a ciascun Assicurato è ridotto in proporzione al rapporto tra il limite aggregato ed il totale degli Indennizzi dovuti.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 21 – Limiti di età

Quando sottoscrive il Contratto di assicurazione, l'Assicurato deve avere meno di 75 anni compiuti.

Alla Scadenza dell'Assicurazione, l'Assicurato deve avere meno di 80 anni compiuti.

L'Assicurazione, pertanto, si risolve al termine dell'Anno assicurativo in cui l'Assicurato compie 79 anni.

Art. 22 – Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati forniti dal Contraente.



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

LE GARANZIE INFORTUNI

Le seguenti Garanzie sono valide solo se richiamate in Polizza e se è stato pagato il relativo Premio.

Art. 23 – Garanzia Morte da Infortunio

La Compagnia corrisponde un Indennizzo pari al capitale assicurato di Euro 50.000 (cinquantamila) in caso di Infortunio che ha come conseguenza la morte, anche se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio** e dopo la scadenza del Contratto.

L'Indennizzo sarà liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali fra loro.

MORTE PRESUNTA

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

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

Art. 24 – Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio

La Compagnia corrisponde un Indennizzo determinato in base alla tabella sotto riportata in caso di Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente, anche se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**. La percentuale di Invalidità Permanente è accertata secondo i criteri stabiliti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000.

Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità Permanente, non determinabile sulla base dei valori stabiliti nella citata tabella, per determinarla verranno applicati i criteri di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni funzionali, che non comportino la perdita di un arto o di un organo, o in caso di minorazioni diverse da quelle di cui alla tabella citata, la Compagnia liquida l'Indennizzo sulla base del grado di Invalidità Permanente calcolato in proporzione alla funzionalità perduta con il limite delle percentuali riportate nella tabella stessa;
- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, la Compagnia liquida l'Indennizzo corrispondente alla somma matematica delle percentuali di Invalidità Permanente distintamente valutate, con il limite del valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'Invalidità Permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella citata tabella, la Compagnia determina il grado di Invalidità Permanente attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità Permanente calcolata sulla base dei valori indicati nella citata tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

La Compagnia indennizzerà l'Assicurato in base a quanto esposto nella seguente tabella:

IP riconosciuta	Indennizzo
Fino al 10%	nessuno
Dall'11% al 20%	€ 5.000
Dal 21% al 30%	€ 10.000
Dal 31% al 40%	€ 15.000



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

Dal 41% al 50%	€ 20.000
Dal 51% al 60%	€ 25.000
Dal 61%	€ 50.000

La liquidazione di un'Invalidità Permanente di grado pari o uguale al 61% fa cessare la Polizza.

Art. 25 – Diaria da Ricovero da Infortunio

La Compagnia In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio dell'Assicurato verificatosi in Italia, corrisponde all'Assicurato, senza l'applicazione di alcuna franchigia, una Diaria pari a Euro100 (cento), per ogni giorno di degenza con pernottamento, **fino ad un massimo di 120 giorni per Anno assicurativo**, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Anno assicurativo medesimo.

Inoltre, in caso di Ricovero ospedaliero causato da infortunio stradale, ossia nel caso l'Assicurato sia conducente di mezzo trasporto privato, passeggero di mezzo trasporto privato o pubblico o pedone, la diaria sarà pari ad Euro 200 (duecento) per ogni giorno di Ricovero, **fino ad un massimo di 120 giorni**.

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

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Contratto;**
- il Ricovero sia iniziato nel periodo di validità del Contratto.**

Al termine del periodo di validità della copertura assicurativa, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza, fino a concorrenza dei limiti sopra indicati.

Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

Art. 26 – Fratture ossee

La Compagnia, in caso di frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato, corrisponde all'Assicurato un indennizzo pari ad Euro 1.500 (millecinquecento) per ogni singola frattura ossea.

La Garanzia è operante per un massimo di 3 fatture per Anno assicurativo, corrispondenti ad un massimo indennizzo di Euro 4.500 (quattromilacinquecento) per Anno assicurativo. La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità della Polizza e la Frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio.

Non sono considerate fratture le infrazioni, i distacchi parcellari e le lesioni cartilaginee.

Art. 27 – Ustioni

La Compagnia in caso di Ustione, intesa come lesione della cute e talvolta dei tessuti sottostanti, provocati da un agente chimico, termico e fisico, pari o superiore al 4,5% del corpo, liquiderà all'Assicurato un Indennizzo pari ad Euro 1.500 (millecinquecento).

La Garanzia è operante per un massimo di 3 Ustioni per Anno assicurativo, corrispondenti ad un massimo indennizzo di Euro 4.500 (quattromilacinquecento) per Anno assicurativo.

CHI E COSA NON È ASSICURATO

Art. 28 – Persone non assicurabili

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

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del Contratto, l'Assicurazione cessa - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale Indennizzo. In caso di cessazione La Compagnia



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte, relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione ed il termine del periodo di Assicurazione e ciò entro 45 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 29 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- a) dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto al punto 10) dell'art. 20 – “Oggetto dell'Assicurazione”;
- b) dalla pratica di sport aerei in genere quali ad esempio: paracadutismo, parapendio, utilizzo di deltaplano o velivoli ultraleggeri;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato non ha 'abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- d) dalla guida e uso di mezzi subacquei;
- e) dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- f) dalla pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali ad esempio: pugilato, atletica pesante, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia; guidoslitta (bob);
- g) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- i) dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici svolti a livello non amatoriale e/o non ricreativo;
- j) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calciotto e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);
- k) da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l) da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- m) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- n) da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo;
- o) da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- p) da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
- q) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.).

Sono inoltre esclusi:

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Art. 30 – Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso alla Compagnia entro 9 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.

La denuncia dell'Infortunio deve essere inviata alla Compagnia al seguente indirizzo:

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

Essa deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e deve essere corredata da certificato medico.

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

L'Assicurato deve sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire ogni informazione utile e produrre copia della documentazione medica compresa la cartella clinica se prevista. L'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato e acconsente al trattamento dei dati personali secondo le norme legislative vigenti.

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

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

In caso di morte dell'Assicurato, i beneficiari devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

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

Art. 31 – Criteri di indennizzabilità

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

In relazione alla Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 24 – “Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio” sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'art. 36 – “Pagamento dell'Indennizzo”.

Art. 32 – Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 33 – Arbitrato

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

Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

ogni formalità di Legge e sono vincolanti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale. Se una Parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta ad istanza della Parte più diligente dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino all'Assicurato).

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

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

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

Art. 34 – Cumulo di Indennizzi

Le Indennità per tutte le Garanzie sono cumulabili fra di loro tranne quella per il **caso morte che non è cumulabile con quella per l'Invalidità Permanente da Infortunio**; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio, ma entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre hanno diritto alla differenza tra l'Indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 35 – Anticipo Indennizzi

L'Assicurato ha diritto di ottenere su esplicita richiesta, il pagamento di un **acconto pari al 50%** del presumibile ammontare dell'Indennizzo per **Invalidità Permanente da Infortunio** da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro a condizione che:

- non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- il grado di Invalidità Permanente stimato dalla Compagnia sia uguale o superiore al 25%.

Fermo restando quanto previsto, l'anticipo non deve essere considerato impegno definitivo della Compagnia sul grado percentuale di Invalidità Permanente da liquidarsi.

L'obbligo della Compagnia sorgerà comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio ed entro un limite di Euro 50.000 (cinquantamila).

Art. 36 – Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività delle Garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia determina l'Indennizzo dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto. La Compagnia paga l'indennizzo entro 30 giorni da quando riceve notizia della sua accettazione con atto di liquidazione firmato.

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia:

1. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire dopo che l'Indennizzo sia già stato liquidato o comunque sia pervenuto al medesimo offerta in misura determinata, la Compagnia pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria;
2. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire prima del termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità derivante dall'Infortunio o prima dell'accertamento medico-legale della Compagnia, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

COS'È ASSICURATO

Art. 37 – Servizio di Assistenza

La gestione del servizio di Assistenza alla persona è stata affidata alla Centrale Operativa di **MyAssistance S.p.A.**

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

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

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

La Struttura Organizzativa potrà essere contattata dall'Italia e dall'estero nei giorni feriali **dalle 8.30 alle 18:00** al seguente numero:

02 330035020

Potrà altresì essere contattata al seguente recapito:

MyAssistance S.r.l.
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1, 20147 Milano

Art. 38 – Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia offre all'assicurato due possibili opzioni di Prestazioni di assistenza alla persona come da schema seguente:

PACCHETTO BASE	PACCHETTO GOLD
Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.	Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.
Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati	Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati
Centrale Operativa (Concierge)	Centrale Operativa (Concierge)
	Medico h 24
	Check-up ad-hoc in centri convenzionati
	Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale)
	Video Consulto Medico

Tali prestazioni sono fornite per il tramite esclusivo della Centrale Operativa di MyAssistance e prevedono quanto segue:



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

1. Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi

Trattasi di servizio informativo per l'accesso e la prenotazione di prestazioni a tariffe agevolate presso la Rete di strutture e/o di Professionisti Convenzionati in Italia e facenti parte del Network della Centrale Operativa quali:

- a) Case di cura;
- b) Centri Diagnostici;
- c) Centri odontoiatrici;
- d) ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali);
- e) IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico);
- f) RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale);
- g) Centri Fisioterapici
- h) Centri Assistenza Domiciliare

Per facilitare l'accesso a tali servizi, l'Assicurato dispone di una specifica Carta Virtuale dei Servizi.

2. Fornitura di un'App personalizzata utilizzabile dagli Utenti

L'Assicurato dispone **di un'App personalizzata che consente di individuare le strutture sanitarie convenzionate, di prenotare le prestazioni sanitarie e di visualizzare la propria Carta dei Servizi in formato digitale.**

3. Centrale Operativa (Concierge)

L'Assicurato può, altresì, contattare la Centrale Operativa per individuare la struttura sanitaria più adatta alle proprie esigenze ed effettuare la prenotazione della prestazione richiesta.

La Centrale Operativa che rimane in funzione dalle 8.30 alle 18:00 nei giorni feriali e può essere contattata per telefono o e-mail ai numeri e/o indirizzi di riportati all'art. 37 – "Servizio di Assistenza".

4. Medico h 24 - (valido solo per il Pacchetto Gold)

L'Assicurato ha accesso ad un servizio medico h 24/365 giorni in grado di gestire tutte le problematiche sanitarie, dalla richiesta di un semplice consulto al supporto nella gestione di problematiche più complesse.

5. Check - up ad hoc - (valido solo per il Pacchetto Gold)

L'Assicurato ha accesso a pacchetti di check-up (precostruiti) a tariffe agevolate all'interno delle Strutture convenzionate. In tal caso, la Centrale Operativa provvederà alla prenotazione del checkup richiesto presso una delle strutture convenzionate.

6. Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale) – (valido solo per il Pacchetto Gold)

L'Assicurato attraverso la Cartella Medica Personale ha la possibilità di conservare, in modo informatizzato e protetto, tutta la propria storia medica personale. È inoltre possibile dare accesso ai dati al personale medico per un consulto. La cartella medica personale è traducibile automaticamente ed istantaneamente in 18 lingue.

7. Video Consulto Medico (valido solo per il Pacchetto Gold)

In caso di necessità, ovunque l'assicurato si trovi 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, in Italia o nel mondo, ha in ogni momento la possibilità di parlare, in lingua italiana, con un medico della centrale medica, attraverso un video consulto internet. Riceverà le informazioni e il supporto medico necessario.

Il medico, dopo il colloquio ed una attenta valutazione, fornirà all'assicurato i consigli per il trattamento.



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

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

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

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

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

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Compagnia. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Compagnia 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 della Compagnia per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza della Compagnia non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

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

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

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Compagnia.



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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, la Compagnia si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO ALLA SEZIONE INFORTUNI

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

PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO ASSISTENZA RELATIVO ALLA SEZIONE ASSISTENZA ALLE PERSONE

- MYASSISTANCE S.R.L., Via Raimondo Montecuccoli, 20/1, 20147 Milano
- Telefono dall'Italia e dall'estero: 02 330035020

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA

- Numero verde 800 77 53 17 (Contact Center)
- Sito www.netinsurance.it/wecare
- e-mail: wecare@netinsurance.it
- Fax +39 06 97625707

PER INOLTARE UN RECLAMO

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