

Protezione PPI LIGHT

Polizza Collettiva

POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE INDIVIDUALE, CON COPERTURE ASSICURATIVE OBBLIGATORIE PER OTTENERE MUTUI A DETERMINATE CONDIZIONI OFFERTE DA BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA, CON GARANZIE "TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESENTE", "INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA", INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA", "PERDITA D'IMPIEGO", "RICOVERO OSPEDALIERO PER GRAVE INTERVENTO CHIRURGICO".

Per ottenere il Mutuo alle medesime condizioni offerte da Banco di Desio e della Brianza, il Cliente ha facoltà di presentare, in alternativa all'Adesione alla presente Polizza Collettiva, altra polizza autonomamente reperita dal Cliente sul mercato, avente i contenuti minimi stabiliti da Banco di Desio e della Brianza. In tal caso, Banco di Desio e della Brianza è tenuto ad accettare la polizza autonomamente reperita e stipulata dal Cliente senza variare le condizioni del Mutuo.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

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

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

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 09/2026

"PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

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

Mod. NL/NET/0155/01 - Ed. 09-2026

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

Assicurazione Vita

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

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

Net Insurance Life S.p.A.

Protezione PPI Light

Ed. 09/2026

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Protezione PPI Light è una Polizza Collettiva stipulata dalla Banca (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente che sottoscrivono un contratto di Mutuo a determinate condizioni offerte dalla stessa. La Polizza Collettiva, con adesione su base individuale, prevede coperture assicurative **obbligatorie** per ottenere il mutuo alle condizioni offerte dalla Banca e ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire la persona assicurata, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate di mutuo. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diversi pacchetti assicurativi (opzioni), Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di una garanzia ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di altre garanzie di ramo danni (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP Danni e nel DIP Multirischi).
Il cliente per ottenere il mutuo alle medesime condizioni ha facoltà di presentare, in alternativa alla presente adesione, altra polizza dallo stesso autonomamente reperita e stipulata, avente i contenuti minimi stabiliti dalla Banca contraente.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce al Beneficiario, il pagamento del Capitale Assicurato.
Il valore del Capitale Assicurato sarà pari a:

- importo totale del mutuo nel caso di mutui di nuova erogazione;
- importo del Debito Residuo previsto dal piano di ammortamento deliberato dalla Banca in sede di erogazione della prima tranche di mutuo nel caso di Mutui SAL.

Il Capitale Assicurato comprensivo anche dell'eventuale premio non potrà essere superiore ad euro 1.000.000.
La predetta garanzia di ramo Vita è prestata congiuntamente alle garanzie di ramo danni (Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Perdita d'impiego) prestate dalla compagnia NET INSURANCE S.p.A. in caso di scelta da parte dell'Aderente/Assicurato delle opzioni di prodotto 1, 2 o 3.
L'Aderente deve necessariamente coincidere con l'Assicurato.
È assicurato il soggetto persona fisica che, in base allo status occupazionale al momento dell'adesione alla polizza, può aderire alle seguenti opzioni:

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non ha la propria residenza o il proprio domicilio abituale in Italia;
- ✗ il soggetto che non abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- ✗ chi non abbia stipulato un Contratto di mutuo con la Contraente e chi non abbia sottoscritto il Modulo di Adesione e, ove richiesto, il Questionario Medico Semplificato ed il Questionario Anamnestico anche con l'aiuto del proprio Medico di famiglia.

Inoltre:

- ✗ L'età massima a scadenza dell'Assicurato può essere di 80 anni non compiuti.

Ci sono limiti di copertura?

Il rischio è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato – salvo nei casi in cui il Decesso sia causato da alcuni eventi specifici quali, ad esempio, da:

- ! dolo del Beneficiario dell'Assicurato;
- ! malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate e non dichiarate;

Opzione 1: sottoscrivibile **da *qualsiasi tipologia lavorativa di Assicurato;*** *Opzione 2:* sottoscrivibile **solo da Assicurato Produttore di reddito, non sottoscrivibile da Lavoratore Dipendente del settore Privato con contratto a tempo indeterminato o Non lavoratore** *Opzione 3:* sottoscrivibile **solo da Assicurato Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo indeterminato e anzianità minima 6 mesi, non** sottoscrivibile **da Produttore di reddito e Non lavoratore**	! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni; ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

All'inizio del contratto: alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato deve compilare il Questionario Medico Semplificato, e se richiesto, il Questionario Anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.

Durante il corso del contratto: l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia eventuali modifiche riguardanti il proprio profilo (ad esempio, modifiche riguardanti lo status professionale dello stesso) che siano intervenute in corso di contratto.

In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro: l'Aderente/Assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri, nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, inviando il modulo di denuncia sinistri oppure una richiesta con: dati del Beneficiario con documento di identità e codice fiscale, indicazione delle coordinate bancarie, certificato di morte, relazione del medico curante circa le cause del decesso, copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria, copia di eventuali cartelle cliniche. In caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio, inviare: copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche e/o verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso.

Quando e come devo pagare?

L'Aderente deve corrispondere un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione. Il pagamento del Premio avviene – al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione – come di seguito: 1) per Aderente titolare di conto corrente presso la Contraente, tramite autorizzazione di addebito diretto sul suo conto corrente e, per il tramite della Contraente, corrispondente accredito sul conto corrente della Compagnia; 2) per Aderente non titolare di conto corrente presso la Contraente, tramite bonifico bancario eseguito dallo stesso a favore della Compagnia. L'Adesione esplicherà i suoi effetti al buon fine del pagamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie oggetto del presente Contratto assicurativo iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione. L'Adesione si intende perfezionata, purché sia stato corrisposto il premio, alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di erogazione del Mutuo.

La durata del Contratto di assicurazione è compresa tra un minimo di 12 mesi ed un massimo di 360 mesi (al netto del periodo di pre-ammortamento tecnico per i mutui di nuova erogazione).

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

La richiesta di adesione è revocabile dall'Aderente sino alla Data di Decorrenza.

L'Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, sostituendola con altra autonomamente reperita avente i contenuti minimi stabiliti dalla Banca contraente, e alla restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni). Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie, anche per il tramite della Contraente, rimborsano il Premio all'Aderente.

L'Aderente ha facoltà di disdire il rinnovo della garanzia Perdita d'Impiego a partire dall'11° anno, con preavviso di 30 giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

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

Assicurazione Danni

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Net Insurance S.p.A. **Prodotto: Protezione PPI Light**

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

Che tipo di assicurazione è?

Protezione PPI Light è una Polizza Collettiva stipulata dalla Banca (Contraente) alla quale possono aderire, in qualità di Aderenti/Assicurati, i clienti della Contraente che sottoscrivono un contratto di Mutuo a determinate condizioni offerte dalla stessa. La Polizza Collettiva, con adesione su base individuale, prevede coperture assicurative **obbligatorie** per ottenere il mutuo alle condizioni offerte dalla Banca e ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire la persona assicurata, compromettendo la sua capacità di far fronte alla restituzione delle rate di mutuo. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 3 diversi pacchetti assicurativi (opzioni), Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di una garanzia ramo vita e di altre garanzie di ramo danni (le cui caratteristiche principali sono contenute nel presente DIP Danni e nel DIP Multirischi).
Il cliente per ottenere il mutuo alle medesime condizioni ha facoltà di presentare, in alternativa alla presente adesione, altra polizza dallo stesso autonomamente reperita e stipulata, avente i contenuti minimi stabiliti dalla Banca contraente.

Che cosa è assicurato?

Le sotto riportate garanzie di ramo Danni sono prestate congiuntamente alla garanzia Decesso di ramo Vita prestata dalla compagnia NET INSURANCE LIFE S.p.A.

OPZIONE 1 ***(sottoscrivibile da qualsiasi tipologia lavorativa di Assicurato)***

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

OPZIONE 2 ***(sottoscrivibile solo da Assicurato Produttore di reddito, non sottoscrivibile da Lavoratore Dipendente del settore Privato con contratto a tempo indeterminato o Non lavoratore)***

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** – Indennizzo di una somma pari all'ammontare delle Rate mensili, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico**
  Indennizzo forfettario per Ricovero Ospedaliero dovuto a un Grande Intervento Chirurgico.

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- × chi non ha la propria residenza o il proprio domicilio abituale in Italia;
- × il soggetto che non abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- × chi non abbia sottoscritto il Modulo di Adesione;

Inoltre:

- × l'età massima a scadenza dell'Assicurato può essere di 80 anni non compiuti.

Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni per le garanzie invalidità totale e permanente:

- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ! incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- ! malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate.;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;

<u>OPZIONE 3</u> ***(sottoscrivibile solo da Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo indeterminato e anzianità minima 6 mesi, non sottoscrivibile da Assicurato Produttore di reddito o da Non lavoratore)***

- ✓ **Invalidità Totale Permanente di grado uguale o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Mutuo in linea capitale alla data del Sinistro.
- ✓ **Perdita d'Impiego** - Indennizzo pari alle rate mensili del Mutuo erogato dalla Contraente, che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo Indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Disoccupazione.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** - Indennizzo forfettario per Ricovero Ospedaliero dovuto a un Grande Intervento Chirurgico riportato nell'Allegato 1 della Condizioni Generali di Assicurazione.

- ! dolo dell'Assicurato.

Alcune delle esclusioni per la garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico:

- ! atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
- ! infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;

Alcune delle esclusioni per la garanzia perdita d'impiego:

- ! la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- ! risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Assicurato;
- ! ***Per alcune garanzie sono previste carenze e/o franchigie.***

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

All'inizio del contratto: alla sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato deve compilare il Questionario Medico Semplificato, e se richiesto, il Questionario Anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.

Nel corso della durata del contratto: In caso di adesione all'Opzione 2 o Opzione 3, qualora subentri una variazione dello status lavorativo, è necessario comunicare il cambiamento alla compagnia

In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro: l' Aderente/Assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri, nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, inviando il modulo di denuncia sinistri oppure una richiesta con: dati del Beneficiario con documento di identità e codice fiscale, indicazione delle coordinate bancarie, dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante, copia della cartella clinica in caso di ricovero, in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute, certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.), in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

Quando e come devo pagare?

L'Aderente deve corrispondere un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione.
Il pagamento del Premio avviene – al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione – come di seguito: 1) per Aderente titolare di conto corrente presso la Contraente, tramite autorizzazione di addebito diretto sul suo conto corrente e, per il tramite della Contraente, corrispondente accredito sul conto corrente della Compagnia; 2) per Aderente non titolare di conto corrente presso la Contraente, tramite bonifico bancario eseguito dallo stesso a favore della Compagnia. L'Adesione esplicherà i suoi effetti al buon fine del pagamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie oggetto del presente Contratto assicurativo iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione.
L'Adesione si intende perfezionata, purché sia stato corrisposto il premio, alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di erogazione del Mutuo.
La durata del Contratto di assicurazione è compresa tra un minimo di 12 mesi ed un massimo di 360 mesi (al netto del periodo di pre-ammortamento tecnico per i mutui di nuova erogazione).

Come posso disdire la polizza?

L'Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, sostituendola con altra autonomamente reperita avente i contenuti minimi stabiliti dalla Banca contraente, e alla restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni). Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, le Compagnie, anche per il tramite della Contraente, rimborsano il Premio all'Aderente.
L'Aderente ha facoltà di disdire il rinnovo della garanzia Perdita d'Impiego a partire dall'11° anno, con preavviso di 30 giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

Assicurazione Multirischi

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

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

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

Protezione PPI Light

Ed. 09/2026

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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

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

Società

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

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 88.177.544 e il risultato economico di periodo ammonta a € 4.498.919.
L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 210,10%.
Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2025 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: http://www.netinsurance.it.

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

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 44.100.354 e il risultato economico di periodo ammonta a € 10.003.021.
L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 226,86%.
Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2025 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: http://www.netinsurance.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, è assicurato il soggetto persona fisica sottoscrittore di un Contratto di Mutuo con la Contraente che, in base allo status professionale al momento dell'adesione alla Polizza, può aderire alle seguenti opzioni:
Opzione 1: sottoscrivibile da ***tutti gli Aderenti/Assicurati.***
Opzione 2: sottoscrivibile dai ***soli Produttori di Reddito.***
Opzione 3: sottoscrivibile dai **soli *Lavoratori Dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità minima 6 mesi.***
Per le garanzie Decesso ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, dal calcolo del Debito residuo del Mutuo sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla Banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.).
Per le garanzie Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego, l'indennizzo massimo è pari ad Euro 6.000,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 Indennizzi mensili di Rate di Mutuo per Sinistro e 64 Indennizzi mensili di Rate di Mutuo per l'intera Durata della Copertura Assicurativa. Per la garanzia Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, l'indennizzo forfettario assicurato è pari a: 12 volte l'indennità mensile, con il massimo di Euro 3.000,00, se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria, in regime di solvenza; 6 volte l'indennità mensile, con il massimo di Euro 3.000,00, se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o, se privata, in regime di convenzionamento con il S.S.N.
Per tutte le garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con l'Aderente/Assicurato.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico, valgono le seguenti esclusioni:** **Ubriachezza o uso di sostanze:** stato di ebbrezza o ubriachezza dell'Assicurato (tasso alcolemico superiore ai limiti di legge alla guida di un veicolo, superiore a 0,8 g/l in ogni altro caso). Abuso di psico-farmaci o uso di stupefacenti o allucinogeni, con eccezione per utilizzo a scopo terapeutico e non legati a stati di dipendenza. **Guida senza patente:** guida di veicolo senza patente o abilitazione richiesta. L'esclusione non si applica se la patente era scaduta, ma l'Assicurato aveva i requisiti per rinnovarla al momento del sinistro e l'ha ottenuta entro i tre mesi successivi. **Attività professionali rischiose:** forze dell'ordine e forze armate quando sono in servizio attivo all'estero; chi svolge attività circensi o è uno stuntman; chi usa esplosivi o lavora accedendo a miniere. **Contaminazione chimica o biologica da terrorismo:** eventi causati direttamente o indirettamente da contaminazione biologica e/o chimica collegata ad atti terroristici. **Uso di mezzi aerei o sottomarini e sport estremi:** uso (anche come passeggero) di deltaplani, ultraleggeri o parapendio. Uso (anche come passeggero) di mezzi subacquei. **Sport a livello professionistico e competizioni motoristiche/nautiche:** pratica di qualsiasi sport a livello professionistico non è coperta. Fanno eccezione le partecipazioni a competizioni o prove con carattere puramente ricreativo o per gare aziendali/interaziendali. È escluso l'uso di veicoli o natanti a motore per partecipare a competizioni che non siano di pura regolarità, incluse le relative prove. **Sport specifici considerati rischiosi:** pratica di pugilato, atletica pesante, lotta (in tutte le sue forme), scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino (con sci o idroscì), sci acrobatico, bob e sport aerei in generale. **Eventi atomici:** eventi causati da trasformazioni o assestamenti violenti dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (come fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, raggi X, ecc.). **HIV/AIDS:** eventi causati da infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o simili. **Autolesionismo volontario:** atti con cui l'Assicurato si procura volontariamente un danno. Questo vale anche se l'Assicurato non era in grado di intendere o di volere al momento, ma solo se questa incapacità se l'è procurata lui stesso. **Sanzioni internazionali:** L'assicurazione non fornirà nessuna copertura, risarcimento o pagamento se ciò dovesse esporla a divieti, sanzioni economiche o restrizioni imposte da Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche/commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America6. Questa esclusione si applica sia al Ramo Vita che al Ramo Danni. **Esclusioni Specifiche per la Garanzia Decesso - oltre alle esclusioni comuni, la garanzia Decesso non copre:** **Suicidio:** quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto. **Alpinismo e arrampicata estrema:** La pratica di alpinismo sopra i 4.000 metri di altitudine e/o con difficoltà superiore al 3° grado della scala francese4. È esclusa anche l'arrampicata su ghiaccio o ghiacciai, e l'arrampicata fatta da soli (indipendentemente dall'altezza). **Incidenti di volo specifici:** Incidenti che avvengono durante acrobazie aeree, esibizioni, tentativi di record, voli di collaudo o durante la pratica del paracadutismo, a meno che il paracadutismo non sia stato fatto per una vera e propria situazione di pericolo. **Esclusioni Specifiche per le Garanzie Invalidità Totale Permanente (ITP), Inabilità Temporanea Totale (ITT) e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (ROGIC)- oltre alle esclusioni comuni, le garanzie ITP e ITT non coprono:** **Sport specifici aggiuntivi:** La pratica di rugby e football americano4. Le immersioni con autorespiratore. **Partecipazione attiva a disordini:** Infortuni causati dalla partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti o risse. **Eventi legati a specifiche malattie mentali:** Eventi causati da specifiche infermità mentali come sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. **Interventi estetici:** Trattamenti o operazioni di chirurgia plastica fatti per motivi puramente estetici o personali. Fa eccezione la chirurgia plastica necessaria per ricostruire parti del corpo danneggiate a causa di un infortunio coperto dall'assicurazione. **Esclusioni e Limitazioni Specifiche per le Garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT) e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (ROGIC) - oltre alle esclusioni comuni e a quelle specifiche per ITP/ITT/ROGIC, le garanzie ITT/ROGIC hanno queste specificità:** **Mal di schiena:** Il mal di schiena e problemi simili non sono coperti, a meno che esami medici (radiologici e clinici) non dimostrino chiaramente che causano una completa e totale inabilità. **Esclusioni Specifiche per la Garanzia Perdita d'Impiego - non è coperta la perdita del lavoro se il licenziamento è dovuto a:** **Motivi specifici legati al lavoratore o al rapporto:** Licenziamento per giustificato motivo soggettivo (come scarso rendimento o comportamenti inadeguati)8. Licenziamento per motivi disciplinari o professionali. Licenziamento tra congiunti (come genitori e figli, nonni e nipoti, ecc.). **Lavoro all'estero:** Il contratto di lavoro è stato stipulato all'estero, a meno che non sia regolato specificamente dalla Legge italiana. **Stato lavorativo non conforme:** L'Assicurato non è iscritto alle liste di collocamento al momento dell'evento o rientra nei casi considerati di Disoccupazione parziale (come i lavori socialmente utili).

Ci sono limiti di copertura?

Periodo di Franchigia: 30 giorni. Questo significa che i primi 30 giorni di inabilità/inattività lavorativa per ogni sinistro non sono indennizzati dall'assicurazione.
Periodo di Carenza: 30 giorni dall'inizio della copertura. L'indennità non viene pagata se inabilità/inattività lavorativa viene notificata nei primi 30 giorni.
La Garanzia **Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico** è sottoposta ad un **Periodo di Carenza di 30 giorni**; qualora il sinistro, se conseguente a malattia, sia avvenuto nei primi 30 giorni dalla decorrenza della copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.
Periodo di Riqualificazione: Dopo che è stato indennizzato un sinistro devono passare **90 giorni** senza che si manifesti nuovamente l'inabilità/inattività lavorativa collegata a quel sinistro prima che un eventuale nuovo sinistro di inabilità/inattività lavorativa possa essere considerato indennizzabile.
Non cumulabilità degli indennizzi: Gli importi pagati per le diverse coperture assicurative non si sommano se si riferiscono allo stesso periodo di tempo in cui si è verificato l'evento.

A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti della Contraente che hanno sottoscritto un Contratto di Mutuo con la stessa, aventi un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti al momento dell'Adesione.

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul Premio
Si riporta di seguito l'informativa dettagliata sui costi:

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

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

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

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: • **PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it** • **Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA** • **Fax: +39 06 89326.570** avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

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

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
OPPURE	oppure

diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	• La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. • Sui premi versati alla Compagnia aventi ad oggetto il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia entro il limite massimo di € 530,00, in base alla normativa vigente alla data di redazione della presente Polizza collettiva, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF attualmente del 19% dei Premi stessi.

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?

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

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

Condizioni di Assicurazione – *Protezione PPI Light*

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

Sommario

GLOSSARIO **3**

CONTATTI UTILI **5**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE **6**

PRODOTTO ASSICURATIVO AD ADESIONE INDIVIDUALE CON COPERTURE CONNESSE OBBLIGATORIAMENTE A MUTUO – Protezione PPI Light **6**

ART. 1 GARANZIE PRESTATE 6
ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE 7
ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITA' DI AMMISSIONE 7
ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO 8
ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 8
ART. 6 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE 8
ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 9
ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA 9
ART. 9 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI 10
ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO 10
ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL MUTUO 11
ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO 12
Art. 12.1 DECESSO 12
Art. 12.2 INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA 13
Art. 12.3 INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE 13
Art. 12.3.1 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 14
Art. 12.4 PERDITA DI IMPIEGO 14
Art. 12.4.1 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 14
Art. 12.5 RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO 14
ART. 13 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO 15
ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI 15
ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI 15
ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI 15
ART. 17 COMUNICAZIONI 15
ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ADERENTE 15
ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA 16
ART. 20 LEGGE APPLICABILE 16
ART. 21 FORO COMPETENTE 16
ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA 16
ART. 23 RECLAMI 16
ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI 16
ART. 25 CONTROVERSIE 16
ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE 16
ART. 27 SANZIONI 17
ART. 28 MODIFICHE AL MODULO DI ADESIONE 17

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO **17**

ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO 17
ART. 30 PRESTAZIONE ASSICURATA 17
ART. 31 ESCLUSIONI 17
ART. 32 RISCATTO E PRESTITI 18
ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 18

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA **18**

ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA 18
ART. 35 ESCLUSIONI 19
ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 20

ASSICURAZIONE INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE **20**

ART. 37 PRESTAZIONE ASSICURATA 20

ART. 38 ESCLUSIONI 20
ART. 39 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 21
ART. 40 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 21

ASSICURAZIONE PERDITA D'IMPIEGO **22**
ART. 41 PRESTAZIONI ASSICURATE 22
ART. 42 ESCLUSIONI 22
ART. 43 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 23
ART. 44 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 23

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO **23**
ART. 45 PRESTAZIONI ASSICURATE 23
ART. 46 - ESCLUSIONI 23
ART. 47 - DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI 24

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI **1**

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI **1**

MODULO DI ADESIONE **1**

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO **1**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO **1**

GLOSSARIO

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

Definizioni

Aderente
Persona Fisica che ha stipulato il Contratto di Mutuo con la Contraente, che ha aderito alle Polizze Collettive pagandone il relativo Premio e che ha sottoscritto il Modulo di Adesione. Deve necessariamente coincidere con l'Assicurato.

Adesione
Applicazione derivante dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione alle Polizze Collettive (o Contratto) da parte dell'Aderente e dell'Assicurato.

Assicurato
Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti che, in possesso dei requisiti di assicurabilità, ha prestato il consenso all'Adesione alle Polizze Collettive ai sensi dell'art. 1919 c.c..

Banca
Contraente della Convenzione assicurativa in base alla quale il Prodotto assicurativo può essere proposto.

Beneficiario
Beneficiario della prestazione per il caso di Decesso è la persona fisica o giuridica designata nel Modulo di Adesione dall'Assicurato e che riceve la prestazione prevista dalla Polizza Collettiva, quando si verifica il Sinistro.
Beneficiario delle prestazioni per le Coperture Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero Grande Intervento Chirurgico è l'Assicurato stesso.

Capitale Assicurato
Prestazione che le Compagnie di Assicurazione corrispondono al Beneficiario in caso di Decesso o di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato nel corso della Durata dell'Adesione. È pari al Debito Residuo, in linea capitale del Contratto di Mutuo stipulato con la Contraente e collegato con l'Adesione alle Polizze Collettive, calcolato alla data del Sinistro ipotizzando il regolare rimborso dello stesso sulla base del piano d'ammortamento originario. L'importo corrisposto, pertanto, sarà al netto delle rate o quote di rate insolute e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati.

Compagnia/Compagnie/Imprese di Assicurazione
Per la Copertura vita: NET INSURANCE LIFE S.p.A. Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 Roma.
Per le Coperture danni: (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero Grande Intervento Chirurgico): NET INSURANCE S.p.A. Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 Roma.

Contraente
Banca/Istituto di Credito presso il quale è stato richiesto il Mutuo e che ha stipulato la Convenzione Assicurativa con le Compagnie.

Contratto di Mutuo / Mutuo
Il Contratto con il quale la Banca/Istituto di Credito concede al Cliente un Mutuo, rientrante nell'ambito dei **mutui ipotecari o SAL (Stato Avanzamento Lavori)** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dal Cliente secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata tra un minimo di 12 mesi ed un massimo di 360 mesi sia per i Mutui Ipotecari che per i Mutui SAL al netto del periodo di Pre-ammortamento tecnico (di durata non superiore a 18 mesi).

Copertura Assicurativa/Copertura
Garanzia assicurativa prestata dalle Compagnie di Assicurazione ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, verso pagamento di un Premio, a fronte del quale le Compagnie di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di Decorrenza
Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti.
Per i Mutui di nuova erogazione, a condizione che il Mutuo concesso dalla Contraente sia stato effettivamente erogato, la Data di Decorrenza coincide con la data di erogazione del Mutuo. Nel caso in cui la data di firma presente sul Modulo di Adesione non coincida con la data di erogazione del Mutuo, si terrà conto solo di quest'ultima e l'Adesione si intenderà perfezionata, producendo i relativi effetti, solo a partire dalla Data di Decorrenza;

Decesso
Morte dell'Assicurato.

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

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

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

Durata della Copertura Assicurativa
Intervallo di tempo compreso tra la Data di Decorrenza dell'Adesione e la sua scadenza, durante il quale sono operanti le Garanzie ed ha validità il presente Contratto.

Estero
Situato oltre i confini dello Stato italiano.

Inabilità Temporanea Totale
Perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere a qualsiasi professione o mestiere.

Indennizzo
La somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle Coperture Assicurative di cui al presente prodotto assicurativo collettivo, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

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

Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia
Perdita definitiva ed irrimediabile, in misura pari o superiore al 60% dell'integrità psicofisica dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia. Il grado percentuale di invalidità permanente è accertato sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 - "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente - INDUSTRIA". La valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi sei mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

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

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

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

Malattia
Ogni obiettivabile alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattie pregresse
Malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate.

Modulo di Adesione
La dichiarazione sottoscritta dall'Aderente/Assicurato, contestualmente al Contratto di Mutuo stipulato con la Contraente, mediante la quale l'Aderente/Assicurato aderisce alle Polizze Collettive e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

Mutuo SAL
Tipologia di Mutuo che può essere erogata nel caso in cui si debba procedere all'acquisto di un immobile che necessiti anche di una ristrutturazione. Prevede l'erogazione del Mutuo in più tranche, che vengono concesse dalla Banca solo al momento della verifica dello stato di avanzamento dei lavori eseguiti e al raggiungimento del valore necessario per lo svincolo delle somme.

Non Lavoratore (Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 1):
La persona fisica che non sia Produttore di Reddito. A titolo esemplificativo e non esaustivo sono considerati Non Lavoratori: Pensionati, Studenti, Casalinghe.

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

Parti
Le Compagnie Assicurative e la Contraente.

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

Perdita d'Impiego
Lo stato di disoccupazione a seguito di:

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

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

Polizze Collettive (o Contratto)
Contratto assicurativo in forma collettiva ad Adesione obbligatoria per ottenere il mutuo a determinate condizioni, sottoscritto tra NET INSURANCE S.p.A., NET INSURANCE LIFE S.p.A. e la Banca Contraente nell'interesse dell'Aderente/Assicurato che intende proteggersi contro i rischi dedotti nelle Polizze Collettive medesime.

Pre-ammortamento
Il periodo di ammortamento preliminare al piano rateale di rimborso del Mutuo, di durata non superiore a 18 mesi, in cui il cliente ha la piena disponibilità del capitale iniziale o in cui il cliente riceve le tranches di capitale in caso di Mutui a SAL. Durante questo periodo, la cui durata è fissata in contratto, il cliente si limita a pagare alle scadenze la sola quota di interessi sulla somma mutuata, al tasso convenuto nel contratto medesimo. Nel periodo di preammortamento la Copertura è quindi pari al Capitale Assicurato totale.

Premio
Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente deve corrispondere alla sottoscrizione del Modulo di Adesione per le Coperture Assicurative prestate.

Produttore di Reddito (Ai fini dell'eleggibilità per l'opzione 2)
La persona fisica diversa dal Lavoratore Dipendente del settore Privato che percepisca, al momento dell'Adesione, redditi di lavoro o di impresa, ovvero redditi derivanti da prestazioni di lavoro dipendente pubblico, dall'esercizio di arti o professioni e attività commerciali.

Questionario Medico Semplificato/Questionario Anamnestico
Documenti che l'Assicurato deve compilare, ove richiesto dalle Compagnie, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenenti domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

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

Status occupazionale
Categoria lavorativa individuata tra le seguenti:

- Lavoratore Dipendente del settore Privato
- Produttore di Reddito
- Non lavoratore

per le quali si rinvia alle definizioni date.

CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

per la Copertura Vita (Decesso):

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

per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico):

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

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE

- Numero Verde: **800 9366 53**
- E-mail: adesioni_PPI_desio@netinsurance.it

PER INOLTRARE UN RECLAMO

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
PRODOTTO ASSICURATIVO AD ADESIONE INDIVIDUALE CON COPERTURE CONNESSE OBBLIGATORIAMENTE A MUTUO – Protezione PPI Light

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

ART. 1 GARANZIE PRESTATE

Il presente Contratto comprende le seguenti garanzie:

- Decesso, per qualsiasi categoria lavorativa di Assicurato, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A. (Opzioni 1, 2 e 3);
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, per qualsiasi categoria lavorativa di Assicurato, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzioni 1, 2 e 3);
- Inabilità Temporanea Totale, **solo per Assicurato Produttore di reddito**, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzione 2);
- Perdita diImpiego, **solo per Assicurato Dipendente del settore Privato a tempo indeterminato e anzianità minima 6 mesi**, prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzione 3);
- Ricovero Ospedaliero per Grande intervento Chirurgico, **solo per Assicurato Produttore di reddito o per Lavoratore Dipendente del settore Privato a tempo indeterminato e anzianità minima 6 mesi,** prestata da NET INSURANCE S.p.A. (Opzioni 2 e 3).

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

Opzione contrattuale	Persone Assicurabili	Coperture assicurative				
		(prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.)	(prestate da NET INSURANCE S.p.A.)			
		Temporanea caso morte (D)	Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (ITP)	Inabilità Temporanea Totale (ITT)	Perdita d'impiego (PI)	Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (ROGIC)
Opzione 1	Tutte le tipologie di Assicurati	**Si**	**Si**	No	No	No
Opzione 2	Riservata ai soli Produttori di Reddito. Non sottoscrivibile per NON Lavoratori e Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità min. 6 mesi	**Si**	**Si**	**Si**	No	**Si**

Opzione 3	Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti del settore Privato con contratto a tempo indeterminato e anzianità min. 6 mesi. Non sottoscrivibile per NON Lavoratori e Produttori di reddito.	**Si**	**Si**	No	**Si**	**Si**

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie di Assicurazione in base alle dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato.

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

ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Compagnie risultano esclusivamente dalle Polizze Collettive, dalle Condizioni di Assicurazione, dal Modulo di Adesione e dalle eventuali appendici rilasciate dalle Compagnie stesse.
Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITA' DI AMMISSIONE

Per poter validamente aderire alle Polizze Collettive è necessario che:

a) l'Aderente, che deve necessariamente coincidere con l'Assicurato:
   - stipuli (come intestatario, cointestatario o garante) un Contratto di Mutuo Ipotecario o Mutuo a SAL con la Contraente – fino ad un importo massimo per assicurato pari a euro 1.000.000,00;
   - abbia aderito alle Polizze Collettive sottoscrivendo il Modulo di Adesione;
   - abbia pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale, dopo che ci sia stata l'eventuale accettazione da parte delle Compagnie.
   - abbia un'età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, fermo restando che l'età massima a scadenza ai fini dell'efficacia dell'Assicurazione è:
     — di 80 anni non compiuti per la garanzia Decesso (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.) e per le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (prestate da NET INSURANCE S.p.A.);
     — al Pensionamento per le garanzie Inabilità Totale Temporanea e Perdita di Impiego (prestate da NET INSURANCE S.p.A.);
   - abbia sottoscritto il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico da solo o anche con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;
   - abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
   - abbia prestato il consenso all'Adesione alle Polizze Collettive ai sensi dell'art. 1919 c.c..
   - le operazioni di Mutuo che prevedono la co-intestazione potranno essere coperte dalla Polizza Collettiva. Si precisa che, in caso di co-intestazione del Mutuo, l'importo totale potrà essere liberamente ripartito, con 2 o più distinte adesioni, fra i co-Assicurati nel limite dell'importo stesso oppure potrà essere attribuita una percentuale pari al 100% dell'importo totale del Mutuo per ciascuno degli Assicurati. Nel caso di più Assicurati co-intestatari del medesimo Mutuo, la mancata accettazione da parte delle Compagnie di Assicurazione dell'ammissione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti Assicurati, a condizione che il totale della somma assicurata sia pari almeno all'importo totale richiesto del Mutuo e che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.

3.1 Norme assuntive

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con il Modulo di Adesione, che dovrà essere completato in ogni parte, datato e firmato dall'Aderente/Assicurato e, ove richiesto, del Questionario Anamnestico, compilato, datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- **Qualora – al momento dell'Adesione - l'Assicurato abbia un'età inferiore a 60 anni compiuti, per capitali fino a Euro 200.000,00, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sul Modulo di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario, dovrà essere trasmesso alle Compagnie anche lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il**

proprio consenso;

- **Qualora – al momento dell'Adesione - l'Assicurato abbia un'età superiore o pari a 60 anni compiuti, per capitali fino a Euro 200.000,00, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Anamnestico. In caso di almeno una risposta positiva, il questionario dovrà essere inoltrato alle Compagnie e l'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso. In caso di tutte risposte negative nel Questionario Anamnestico, l'Adesione potrà essere perfezionata senza consenso delle Compagnie;**
- **Indipendentemente dall'età dell'Assicurato al momento dell'Adesione, per capitali compresi tra Euro 200.000,01 ed Euro 299.999,99, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Anamnestico. In caso di almeno una risposta positiva, il questionario dovrà essere inoltrato alle Compagnie e l'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso. In caso di tutte risposte negative nel Questionario Anamnestico, l'Adesione potrà essere perfezionata senza consenso delle Compagnie;**
- **Indipendentemente dall'età dell'Assicurato al momento dell'Adesione, per capitali compresi tra Euro 300.000,00 ed Euro 399.999,99, dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Anamnestico. In qualsiasi caso, il questionario dovrà essere inoltrato alle Compagnie e l'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso.**
- **Indipendentemente dall'età dell'Assicurato al momento dell'Adesione, per capitali da Euro 400.000,00, oltre allo specifico Questionario Anamnestico di cui sopra, dovrà essere trasmessa alle Compagnie tutta la seguente documentazione sanitaria:**
  - **Analisi del sangue: esame emocromocitometrico - piastrine - Velocità di eritro sedimentazione – Glicemia – creatinina – uricemia - colesterolo totale - HDL (Lipoproteine ad alta densità) - LDL (Lipoproteine a bassa densità) – trigliceride - transaminasi GOT/GPT - Gammaglutammiltransferasi - anticorpi anti HIV 1 e 2 - sierologia epatite virale B (antigeni HB – anti-HBs – anti HBc) - sierologia epatite virale C (anti VHC);**
  - **Esame cardiovascolare con resoconto medico;**
  - **Elettrocardiogramma;**
  - **Analisi del PSA (semenogelasi/antigene prostatico specifico) esclusivamente per gli uomini la cui età all'Adesione supera i 50 anni;**
  - **Relazione medica.**

  L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso.

Le Compagnie si riservano in ogni caso di richiedere ulteriore documentazione per la valutazione del rischio e nel caso in cui dagli accertamenti sanitari o dal Questionario Anamnestico emergano patologie di rilievo, si riservano la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

Il Capitale Assicurato comprensivo anche dell'eventuale premio non potrà essere superiore ad euro 1.000.000,00.
Il Capitale Assicurato iniziale per i Mutui di nuova erogazione sarà pari all'importo totale del Mutuo.
L'indennizzo è determinato con riferimento al piano di ammortamento e non potrà superare:

- in caso di Decesso (garanzia prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.) o Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (garanzia prestata da prestata da NET INSURANCE S.p.A.): Euro 1.000.000,00.
- In caso di Inabilità Temporanea Totale e di Perdita d'Impiego (garanzie prestate da NET INSURANCE S.p.A.): Euro 6.000,00 mensili col massimo di 18 Indennizzi mensili di Rate di Mutuo per Sinistro e 64 Indennizzi mensili di Rate di Mutuo per l'intera Durata della Copertura Assicurativa;
- In caso di Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico (garanzie prestate da NET INSURANCE S.p.A.):
  a. 12 volte l'indennità mensile (rata mensile di Mutuo) indicata in polizza, con il massimo di euro 3.000,00, se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria in regime di solvenza;
  b. 6 volte l'indennità mensile (rata mensile di Mutuo) indicata in polizza, con il massimo di euro 3.000,00, se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o se privata, in regime di convenzionamento con il S.S.N.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte delle Compagnie di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalle Compagnie di Assicurazione all'atto dell'Adesione alle Polizze Collettive, devono corrispondere a verità ed esattezza.

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

L'Assicurato è esonerato dal dover dare comunicazioni alla Compagnia di eventuali aggravanti e diminuzioni di rischio ai sensi degli Artt. 1897-1898 Codice Civile.
Ai sensi dell'Art. 1926 del Codice Civile l'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia eventuali cambiamenti di status occupazionale.
L'Assicurato può aderire solo all'opzione che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, corrisponde al suo effettivo status occupazionale. Qualora lo status occupazionale dell'Assicurato cambi in corso di durata delle Coperture Assicurative, egli è tenuto

a comunicare il cambiamento alla Compagnia, sapendo che:

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

ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La durata del Contratto di assicurazione potrà variare a seconda della tipologia di Mutuo nel rispetto dei seguenti limiti:
tra un minimo di 12 mesi ed un massimo di 360 mesi per i Mutui Ipotecari e per i Mutui SAL (al netto del periodo di pre-ammortamento tecnico per i mutui di nuova erogazione).
La durata delle coperture assicurative è pari alla durata del Mutuo di nuova erogazione.
Le garanzie oggetto del presente Contratto di assicurazione iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione.
L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di erogazione del Mutuo, a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti il Modulo di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia;
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
- ci sia stata l'accettazione da parte delle Compagnie;
- sia stato pagato, da parte dell'Aderente il Premio unico anticipato o il Premio annuale rispettivamente a NET INSURANCE LIFE S.p.A. per la sua quota parte relativa alla garanzia Decesso e NET INSURANCE S.p.A. per la sua quota parte relativa alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita di impiego e Ricovero Ospedaliero Grande Intervento Chirurgico (a seconda dell'Opzione attivata)

Successivamente verrà inviato il Certificato di Assicurazione.

Tutte le garanzie cessano al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato;
2. Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
3. scadenza dell'Adesione;
4. compimento dell'80° anno di età dell'Assicurato;
5. esercizio del diritto di recesso;
6. anticipata estinzione totale del Mutuo (nel caso in cui l'Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione);
7. surrogazione del Mutuo ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa);
8. variazione di parametri fondamentali del Mutuo, quali la durata e/o la scadenza, formalizzata come richiesta di modifica alle Compagnie

La parte di Premio rimborsata sarà pari alla somma:

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

ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA

La richiesta di Adesione è revocabile sino alla Data di Decorrenza.

L'Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta) giorni** dalla Data di Decorrenza, sostituendo la Copertura con altra autonomamente reperita sul mercato (art. 28 del D.L. 24/1/2012 convertito dalla L. 24/3/2012 n. 27), ed ha diritto alla restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte, per le coperture danni).

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

L'Aderente ha facoltà di disdire il rinnovo della garanzia Perdita d'Impiego, se operante, a partire dall'11° anno, con preavviso di 30 giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

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

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

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

ART. 9 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alle garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico è l'Assicurato; in riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto (o i soggetti) indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Assicurato all'interno del Modulo di Adesione.
La Banca o l'intermediario finanziario possono essere designati come Beneficiari solo qualora il Contratto non sia intermediato dalla Banca o dall'intermediario finanziario stesso o da soggetti ad essi legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.
L'Assicurato può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tali designazioni comunicandolo per iscritto alle Compagnie o con testamento recante l'espressa indicazione dell'Adesione al Contratto.
Tuttavia, la designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

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

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

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Aderente, anche per conto degli eventuali cointestatari, di un Premio per le coperture assicurative prestate dalle Compagnie di Assicurazione, come segue:

- **In caso di durata del Mutuo inferiore a 10 anni** per tutte le garanzie: Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione;
- **In caso di durata del mutuo superiore a 10 anni:**
  - per la garanzia Decesso (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.) e le garanzie Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia**,** Inabilità Temporanea Totale**,** "Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico" (prestate da NET INSURANCE S.p.A.): Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione;
  - per la garanzia Perdita d'Impiego (prestata da NET INSURANCE S.p.A.): Premio unico anticipato per i primi 10 anni e, a partire dall'undicesimo anno, il pagamento per tutta la durata residua del Mutuo sino al Pensionamento di un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo, secondo quanto stabilito dalle condizioni tariffarie concordate al momento dell'Adesione.

L'Aderente deve corrispondere un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione.
Il pagamento del Premio avviene – al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione – come di seguito:

- per Aderente titolare di conto corrente presso la Contraente, tramite autorizzazione di addebito diretto sul suo conto corrente e, per il tramite della Contraente, corrispondente accredito sul conto corrente della Compagnia;
- per Aderente non titolare di conto corrente presso la Contraente, tramite bonifico bancario eseguito dallo stesso a favore della Compagnia.

L'Adesione esplicherà i suoi effetti al buon fine del pagamento.
Il premio si intende comprensivo di imposte, laddove previste.
Nel caso di contratto con durata superiore a dieci anni e operatività della garanzia "Perdita involontaria di impiego", il pagamento del premio annuo ad essa relativo avverrà secondo le modalità sopra descritte. In caso di mancato pagamento del premio relativo all'11° annualità, la garanzia cessa di operare.
L'ammontare del premio viene determinato moltiplicando l'importo del Capitale Assicurato Iniziale (pari all'importo totale - del Mutuo richiesto, eventualmente maggiorato del premio) per il tasso di tariffa, in base alla durata in mesi del Mutuo, al netto del periodo di preammortamento tecnico.

L'importo totale del Premio Unico è pari alla somma della componente di Premio per la Copertura Decesso (prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.) e delle componenti del Premio per le Coperture danni (prestate da NET INSURANCE S.p.A.).

Il Premio viene versato dall' Aderente al momento dell'erogazione del capitale finanziato.

ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL MUTUO

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

Rimborso del Premio Puro: PVita *(1-H)*[(N-K)*(N-K+1)] / [N*(N+1)]
Rimborso dei Costi: PVita*H*[(N-K)/N]

dove:

- PVita = Premio versato per la Copertura Decesso
- H = Costi sul premio versato per la Copertura Decesso
- N = durata originaria del Mutuo espressa in mesi interi
- K = mesi interi trascorsi dalla Data di Decorrenza alla Data di anticipata estinzione totale/surroga del Mutuo.

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

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

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

La parte di Premio rimborsata è pari alla somma:

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

In caso di anticipata estinzione parziale del Contratto di Mutuo, il rateo di Premio da rimborsare sarà calcolato come sopra indicato. Resta altresì inteso che, a seguito dell'operazione di rimborso, il Premio originariamente versato risulterà ridotto in proporzione del capitale estinto rispetto al Debito Residuo.
Nei casi in cui l'anticipata estinzione parziale comporti variazioni di parametri fondamentali della tariffa quali la modifica della durata e/o del tasso di interesse e/o della scadenza, quindi di fatto in presenza di una rinegoziazione del Contratto di Mutuo, lo stesso cesserà i suoi effetti secondo le modalità seguite per la totale estinzione. Contestualmente verrà emesso un nuovo contratto per il restante periodo di esposizione debitoria con nuovo iter assuntivo e valutazione sanitaria per l'Assicurato. Tuttavia, qualora originariamente l'Assicurato abbia aderito alla Polizza Collettiva stipulata con le Compagnie, non si procederà né con un nuovo iter assuntivo né con

una nuova valutazione sanitaria. Parimenti, non si procederà con l'applicazione di alcuna carenza prevista – fatto salvo l'eventuale periodo residuo – se non per le maggiori somme.
In alternativa l'Aderente, su richiesta scritta da inviare alle Compagnie di Assicurazione, potrà mantenere in vigore le Coperture Assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.
Si precisa che il rimborso del rateo di Premio pagato e non goduto in seguito ad estinzione totale o parziale viene previsto solo in caso di Adesione con Premio Unico anticipato.

La richiesta dovrà essere effettuata dall'Assicurato direttamente alle Compagnie di Assicurazione o per il tramite della Contraente ali seguente indirizzo:

- per la ***Copertura Vita*** (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia;
- per le ***Coperture Danni*** (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico): NET INSURANCE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia.

Per la Copertura Caso Decesso la prestazione sarà erogata ai Beneficiari designati nella Richiesta di Adesione.
Per le Coperture danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego, Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato stesso.

ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO

I Sinistri devono essere tempestivamente denunciati mediante apposita comunicazione o tramite compilazione dell'apposito Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurance.it, in versione sempre aggiornata). La denuncia del Sinistro, completa della documentazione prevista, dovrà essere inoltrata alle Compagnie di Assicurazione ai seguenti indirizzi:

- per la ***Copertura Vita*** (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia;
- per le ***Coperture Danni*** (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico): NET INSURANCE S.p.A.
- c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia.

oppure utilizzando:
e-mail**:** sinistri_PPI_desio@netinsurance.it

Per informazioni relative ai Sinistri della Garanzia Decesso, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A., gli aventi causa potranno rivolgersi a:

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

Per informazioni relative ai Sinistri Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico), prestata da NET INSURANCE S.p.A., l'Assicurato potrà rivolgersi al seguente numero telefonico:

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

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

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

Art. 12.1 DECESSO

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurance.it, in versione sempre aggiornata)

debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- relazione del medico curante circa le cause del decesso, completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
  - copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
  - verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso;

Nei casi di richieste di liquidazione effettuate senza l'intervento dell'Intermediario e/o per particolari casistiche, NET INSURANCE LIFE S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere l'autentica della firma del richiedente.
NET INSURANCE LIFE S.p.A. esegue il pagamento derivante dai propri obblighi contrattuali a favore del Beneficiario entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra e dopo l'accertamento delle condizioni previste per la liquidazione. Decorso tale termine, a favore del Beneficiario sono dovuti gli interessi legali.

Inoltre, il Beneficiario deve:
- fornire ogni ulteriore documentazione che NET INSURANCE LIFE S.p.A. ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del Sinistro;
- consentire a NET INSURANCE LIFE S.p.A. di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

Art. 12.2 INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA
- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurance.it, in versione sempre aggiornata) debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

Art. 12.3 INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE
- modulo di Denuncia Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurance.it, in versione sempre aggiornata debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- copia della Richiesta di Adesione alle Coperture Assicurative e dell'eventuale Questionario Medico Semplificato o Questionario Anamnestico, o in mancanza, una dichiarazione di smarrimento autenticata dalla Banca;
- dichiarazione della Banca attestante l'importo della Rata mensile del Mutuo;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

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

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

Art. 12.3.1 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

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

Art. 12.4 PERDITA DI IMPIEGO

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

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

Art. 12.4.1 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

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

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

Art. 12.5 RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

- modulo di Denuncia Sinistro debitamente compilato o una richiesta di liquidazione che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici dell'Assicurato (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate bancarie per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Disposizioni comuni

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

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

ART. 13 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Per la garanzia caso Decesso

In caso di Decesso, gli aventi causa possono compilare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurance.it, in versione sempre aggiornata), e inviare lo stesso con lettera raccomandata A/R a:

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

oppure utilizzando:
e-mail**: sinistri_PPI_desio@netinsurance.it**

unitamente alla documentazione di cui all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione e secondo le modalità ivi indicate.

Per le garanzie danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico)

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne tempestivo avviso alla Compagnia di Assicurazione. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'Art.1915 C.C.
In caso di Sinistro l'Assicurato, entro il sessantesimo giorno dalla data di accadimento del Sinistro, deve inviare comunicazione di denuncia di sinistro mediante lettera raccomandata A/R a:

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

oppure utilizzando:
e-mail**: sinistri_PPI_desio@netinsurance.it**

unitamente alla documentazione prevista nelle Condizioni di Assicurazione e, specificamente, all'art. 12.2 per il caso di Invalidità Totale Permanente, all'art. 12.3 per il caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, all'art. 12.4 per il caso di Perdita d'Impiego all'art. 12.5 per il caso Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico.

ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Verificatosi l'evento assicurato, le Compagnie di Assicurazione provvederanno ad effettuare il pagamento relativo alle prestazioni garantite dal presente Contratto entro i termini previsti dall'art. 12.
Conseguentemente, l'Aderente/Assicurato, riconosce fin da ora che le Compagnie saranno liberate dalle proprie obbligazioni di pagamento dell'indennizzo con il versamento del medesimo al Beneficiario.

ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che le Coperture Assicurative possono cumularsi con altre assicurazioni; di tale cumulo si terrà conto ai fini delle norme assuntive di cui al precedente art. 3.1.

ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI

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

ART. 17 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente alla Compagnia con riferimento alle Polizze Collettive dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A/R. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie saranno indirizzate presso i recapiti indicati dall'Aderente nel Modulo di Adesione.

ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'ADERENTE

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Mutuo - provvederà ad informare della possibilità di aderire alle Polizze Collettive e a fornire all'Aderente copia del presente Set Informativo.
Resta inteso che l'Adesione da parte dei clienti della Contraente è obbligatoria per ottenere mutui alle condizioni offerte dalla Banca.

La Contraente terrà indenne e manlevata le Compagnie da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.
Il cliente per ottenere il Mutuo alle medesime condizioni ha facoltà di presentare, in alternativa alla presente Adesione, altra polizza dallo stesso autonomamente reperita e stipulata, avente i contenuti minimi stabiliti dalla Banca Contraente.

ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 20 LEGGE APPLICABILE

La legge applicabile è quella italiana.

ART. 21 FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello di residenza o sede dell'Aderente, o quello da lui preferito.

ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 23 RECLAMI

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

- Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE LIFE S.p.A. – Ufficio Reclami - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA
- Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it
- Fax: 06.89326.570

per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale, Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero per Grande Intervento Chirurgico):

- Posta cartacea (anche raccomandata A.R.): NET INSURANCE S.p.A. – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 – 00161 ROMA
- Posta elettronica certificata: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it
- Fax: 06.89326.570

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

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

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

ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI

L'Aderente/Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalle coperture di cui alla presente Contratto di assicurazione.

ART. 25 CONTROVERSIE

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

ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ogni diritto nei confronti delle Compagnie di Assicurazione si prescrive entro il termine di dieci anni per la Copertura Vita e due anni per la Copertura Danni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

Qualora gli aventi causa non usufruiscano della prestazione, le Compagnie di Assicurazione non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione; per la Copertura Vita, gli importi dovuti ai beneficiari dei contratti che non sono reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, sono devoluti al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello in cui matura il termine di prescrizione.

ART. 27 SANZIONI

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

ART. 28 MODIFICHE AL MODULO DI ADESIONE

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di Adesione, devono essere approvate dalle Compagnie.

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO (valida per ogni tipologia di Assicurato) – OPZIONI 1, 2, 3

ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

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

a) il Sinistro si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura Assicurativa è efficace secondo le modalità definite al successivo art. 30;
b) il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo art. 31;
c) l'Aderente abbia adempiuto agli oneri di cui al successivo art. 33.

ART. 30 PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce al Beneficiario il pagamento del Capitale Assicurato. La Copertura Assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente al Decesso dell'Assicurato.
Il valore del Capitale Assicurato sarà pari all'importo totale del Mutuo.
Nel caso di Mutui SAL, il pagamento è pari al Debito residuo previsto dal piano di ammortamento deliberato dalla Banca in sede di erogazione della prima tranche di Mutuo.
Il Capitale Assicurato non potrà comunque superare l'importo di Euro 1.000.000, come previsto dall'art. 4.
Nel caso in cui l'Assicurato non sia colpito da Sinistro nel corso della durata contrattuale, il Contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il Premio pagato per la Copertura Decesso resterà acquisito da NET INSURANCE LIFE S.p.A..

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Mutuo, si rinvia a quanto indicato all'art 11.
La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli artt. 9 e 14 che precedono.

ART. 31 ESCLUSIONI

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato

– salvo nei casi in cui il decesso sia causato da:

- **dolo del Beneficiario e dell'Assicurato;**
- **malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate e non dichiarate alla Richiesta di Adesione;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a meno che tale partecipazione derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto;**
- **stato di ubriachezza/ebbrezza:**
  - **qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo;**
  - **in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro;**

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

Inoltre, è escluso il Decesso causato da:

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

ART. 32 RISCATTO E PRESTITI

32.1 L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.

32.2. In relazione alle presenti Polizze non sono concedibili prestiti.

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Decesso, si richiama quanto indicato al precedente art. 12.

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA (valida per ogni tipologia di Assicurato) – OPZIONI 1, 2, 3

ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di Infortunio avvenuto o Malattia insorta dell'Assicurato, nel periodo di Durata della Copertura Assicurativa, che comportino un' Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della sua integrità psicofisica, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato eserciti o meno un'attività professionale, intervenuta durante il periodo di vigore della Copertura Assicurativa e prima del compimento dell'80° anno di età dell'Assicurato, NET INSURANCE S.p.A. garantisce al Beneficiario il pagamento di un importo pari Capitale Assicurato. La Copertura Assicurativa non include in alcun caso eventuali rate di rimborso non corrisposte e riferite al periodo precedente all'invalidità dell'Assicurato.

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

Il valore del Capitale Assicurato sarà pari all'importo totale del Mutuo.

Nel caso di Mutui SAL, il pagamento è pari al Debito residuo previsto dal piano di ammortamento deliberato dalla Banca in sede di erogazione della prima tranche di Mutuo.

Il Capitale Assicurato non potrà comunque superare l'importo di Euro 1.000.000, come previsto dall'art. 4.

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

Nel caso in cui l'Assicurato non sia colpito da Sinistro nel corso della durata contrattuale, il Contratto si intenderà estinto alla data di scadenza ed il Premio pagato per la Copertura Invalidità Totale Permanente resterà acquisito da NET INSURANCE S.p.A..

In caso di anticipata estinzione totale e di surroga del Contratto di Mutuo si rinvia a quanto indicato all'art 11.
La prestazione assicurata verrà liquidata dalla Compagnia di Assicurazione come previsto dagli artt. 9 e 14 che precedono.

ART. 35 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di invalidità totale e permanente causati da:

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

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

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

- **attività circensi e stuntman**
- **attività con uso di esplosivi ed accesso a miniere**

ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro, l'Aderente/Assicurato deve darne avviso scritto a NET INSURANCE S.p.A. entro 60 (sessanta) giorni dalla data dell'infortunio o malattia o da quando ne ha avuto la conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del C.C.

La denuncia di Sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e all'apposita comunicazione o al Modulo Denuncia di Sinistro deve essere allegata la documentazione specificata al precedente art. 12.

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

ART. 37 PRESTAZIONE ASSICURATA

La Copertura Assicurativa garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale, la liquidazione mensile all'Assicurato da parte di NET INSURANCE S.p.A. di una somma pari all'ammontare delle Rate mensili, secondo le indicazioni del Contratto di Mutuo, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati al pro-rata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale, con il massimo di Euro 6.000,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 64 Rate mensili per tutta la durata contrattuale.

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

Carenza e Franchigia

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

1. ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inabilità lavorativa;
2. ad un Periodo di Carenza di 30 giorni: qualora l'Inabilità Temporanea Totale venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura assicurata l'indennità non verrà corrisposta.

Periodo di Riqualificazione

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Inabilità Temporanea Totale se:

a) dal termine del Sinistro precedente – se dovuti alla medesima causa - non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua Normale attività lavorativa.

b) dal termine del Sinistro precedente – se dovuti a cause differenti - non è trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia ripreso la sua Normale attività lavorativa.

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

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

ART. 38 ESCLUSIONI

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

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate.;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;**

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

inoltre, sono esclusi gli infortuni causati da:

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

ART. 39 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

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

ART. 40 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

ART. 41 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Perdita d'Impiego dovuta a:

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

NET INSURANCE S.p.A., liquiderà mensilmente all'Assicurato una somma, secondo le indicazioni del Contratto di Mutuo, pari all'importo delle Rate mensili che hanno scadenza durante il periodo della Disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo indennizzo che saranno calcolati alla pro-rata dei giorni effettivi di Disoccupazione, con il massimo di euro 6.000,00 al mese, per un massimo di 18 Rate mensili per Sinistro e 64 Rate mensili per tutta la durata contrattuale.

Carenza e Franchigia

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

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 30 giorni. L'inizio del Periodo di Franchigia è il primo giorno di inattività lavorativa;
- ad un Periodo di Carenza di 30 giorni; qualora la Perdita d'Impiego venga notificata all'Assicurato nei primi 30 giorni dalla decorrenza della Copertura assicurata, l'indennità non verrà corrisposta.

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

Periodo di Riqualificazione

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

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

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

ART. 42 ESCLUSIONI

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

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

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

ART. 43 DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

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

Nel caso in cui l'Assicurato, durante il periodo di erogazione della prestazione, si impieghi con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a 6 mesi, la Compagnia di Assicurazione provvederà a sospendere l'erogazione della prestazione ed a riprenderla al termine del periodo di lavoro a tempo determinato senza aprire un nuovo Sinistro per i mesi restanti al raggiungimento di 18 mensilità.

ART. 44 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato deve, entro 60 (sessanta) giorni dal verificarsi della Disoccupazione, comunicare alla Compagnia di Assicurazione la propria Disoccupazione inviando apposita comunicazione o il modulo Denuncia di Sinistro con allegata la documentazione specificata al precedente art. 12.4.

L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di Assicurazione in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

ASSICURAZIONE RICOVERO OSPEDALIERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (valida per i Produttori di reddito) – OPZIONE 2 e 3

ART. 45 PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di Ricovero Ospedaliero di durata non inferiore a 5 giorni presso un Istituto di Cura, reso necessario per l'esecuzione di uno dei Grandi Interventi Chirurgici compreso nell'Allegato 1 – Elenco Grandi Interventi Chirurgici, NET INSURANCE S.p.A. liquiderà un indennizzo forfettario pari a:

- 12 volte l'indennità mensile (rata mensile di Mutuo), con il massimo di euro 3.000,00, indicata se l'intervento è eseguito presso una qualsiasi struttura sanitaria in regime di solvenza;
- 6 volte l'indennità mensile (rata mensile di Mutuo), con il massimo di euro 3.000,00, indicata se l'intervento è eseguito presso una struttura sanitaria pubblica o se privata, in regime di convenzionamento con il S.S.N.

La presente garanzia è sottoposta ad un periodo di carenza pari a 30 giorni.

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

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

ART. 46 - ESCLUSIONI

La garanzia non è operante se il Grande Intervento Chirurgico è causato da:

- **malattie insorte anteriormente alla stipulazione del contratto (malattie pregresse), malformazioni, invalidità o inabilità pregresse, nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti, già diagnosticate e non dichiarate alla Richiesta di Adesione;**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**
- **infortuni subiti in stato di ubriachezza occasionale, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;**
- **malattie dovute ad alcolismo, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;**
- **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni, atti di terrorismo;**
- **scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
- **malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;**
- **sindromi organiche cerebrali;**
- **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità del Contratto;**
- **Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua attività lavorativa fuori dagli Stati membri dell'Unione Europea, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;**

- **mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Totale Temporanea.**

ART. 47 - DENUNCE SUCCESSIVE - SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI
Nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di 30 (trenta) giorni, oppure di 90 (novanta) giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente.

Condizioni di Assicurazione – *Protezione PPI Light*

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

ALLEGATO 1 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, by-pass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfoadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto- vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.

- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

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

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

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

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

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

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

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

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

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

4) Modalità del trattamento dei dati

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

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

5) Destinatari dei dati

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

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

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

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

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

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

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

Condizioni di Assicurazione – *Protezione PPI Light*

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

MODULO DI ADESIONE

Modulo di adesione n°_____

Polizze Collettive nn. 875/876 "Protezione PPI Light" stipulate da BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A. (Contraente) con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A., ad Adesione individuale, con coperture assicurative obbligatorie per ottenere mutui a determinate condizioni offerte dalla Contraente

Il capitale assicurato deve essere pari all'intero importo del Mutuo (inteso come capitale erogato eventualmente comprensivo del premio assicurativo) riportato nel presente Modulo di Adesione, salvo il caso di co-intestazione per cui l'intero importo del Mutuo è raggiunto con 2 o più distinte adesioni.

Dati identificativi dell'Intermediario

Codice Prodotto:
Intermediario: BANCO DI DESIO E DELLA BRIANZA S.p.A.

ABI	……	CAB	……	Codice sportello	……	Codice Operatore	……

Dati dell'Aderente NDG: _____

Cognome **Nome**

Data di nascita **Luogo di nascita** **Provincia** **Codice Fiscale**

Nazionalità **Cittadinanza** **Sesso**

Residenza **Località** **Provincia** **CAP**

Domicilio *(se diverso da residenza)*
Indirizzo **Località** **Provincia** **CAP**

Documento Tipo **Numero** **Data e luogo di emissione**

Indirizzo email **Numero cellulare**

Persona politicamente esposta: **SI** ☐ **NO** ☐
Categoria lavorativa:

Dati Contratto di Mutuo

N. **TAN** **Rateazione:**

Data stipula		Data scadenza		Durata (anni / mesi / giorni)	

Capitale richiesto/Debito residuo
Capitale erogato eventualmente comprensivo del premio di assicurazione €
% da assicurare
Capitale assicurato €
Importo rata Mutuo comprensiva del premio: €
Importo rata Mutuo NON comprensiva del premio: €

Dati Coperture assicurative - Premi

Data di decorrenza		Data di scadenza		Durata	

Capitale comprensivo del Premio **Capitale Assicurato €** **Opzione assicurativa:**

Tipologia Premio: UNICO ANTICIPATO

Garanzie (attive solo quelle valorizzate)	Premio Unico Lordo	di cui imposte	Capitale Assicurato Iniziale
☐ Decesso			€_____
☐ Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia			€_____
☐ Inabilità Temporanea Totale			Ammontare Rata
☐ Perdita di Impiego			Ammontare Rata
☐ Ricovero Ospedaliero per Grande intervento Chirurgico			Ammontare Rata

Premio Lordo totale € **di cui imposte €**
Premio Lordo Vita € **Costi a carico Aderente €** **di cui importo percepito dall'Intermediario €**
Premio Lordo Danni **Costi a carico Aderente €** **di cui importo percepito dall'Intermediario €**
Premio annuo di rinnovo (dopo il 10° anno) per la garanzia Perdita di Impiego €
Da corrispondere il GGMM di ogni anno

FAC-SIMILE

Condizioni di Assicurazione – *Protezione PPI Light*

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO

AVVERTENZE

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

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

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

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

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

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

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

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

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (facoltativa)

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

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

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

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE

MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Mezzi di Pagamento del Premio	• **addebito diretto sul c/c per Aderente Correntista presso Banco Desio e della Brianza S.p.A.** • **bonifico bancario per Aderente non Correntista presso Banco Desio e della Brianza S.p.A. su IBAN IT02S0344003214000000805300 intestato a Net Insurance S.p.A., riportando obbligatoriamente nella causale il numero di Adesione e il nominativo dell'Aderente.** **Il premio è accettato "salvo buon fine" ed il contratto avrà efficacia al buon fine del pagamento.**

COORDINATE BANCARIE del c/c su cui effettuare l'addebito del premio		
ABI	**CAB**	**CIN**
NUMERO C/C	**IBAN**	

Il sottoscritto se Aderente Correntista:

- autorizza Banco Desio e della Brianza S.p.A. ad addebitare l'importo del premio lordo (Unico anticipato; Annuale per l'eventuale rinnovo delle Perdita d'impiego se operante) sul conto corrente dell'Aderente stesso e ad accreditarlo pro quota spettante sul conto corrente di ciascuna delle Compagnie alla data valuta della decorrenza dell'Adesione;
- autorizza Banco Desio e della Brianza S.p.A. ad addebitare l'importo del premio annuo di rinnovo, dopo il 10° anno, sul conto corrente dell'Aderente stesso e ad accreditarlo sul conto corrente di Net Insurance S.p.A. **nel caso in cui abbia sottoscritto la garanzia "Perdita di Impiego".**

FAC-SIMILE

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL' ASSICURATO

Le Compagnie assumono il rischio raccogliendo dall'Assicurato informazioni sul suo stato di salute ed abitudini di vita, mediante compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (**parte integrante del presente Modulo di Adesione**) oppure, ove necessario in base alle Condizioni di Assicurazione, del QUESTIONARIO ANAMNESTICO, allegando la documentazione medica richiesta dalla Compagnia.

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

a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;**
b) **prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
c) **anche nei casi non espressamente previsti dalle Compagnie, il soggetto di cui alla lettera a) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;**
d) **l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

Si specificano di seguito i seguenti significati:

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

REVOCA DELL' ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

- L'adesione alle Polizze Collettive è revocabile dall'Aderente sino alla Data di conferma dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia.
- L'Aderente ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con diritto alla restituzione del premio pagato (al netto delle imposte).
- La revoca e il recesso devono essere comunicati per iscritto alle Compagnie, mediante lettera raccomandata A/R inviata a:

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

N.B. In caso di esercizio del diritto di recesso, ai fini del mantenimento delle condizioni economiche in essere di mutuo, l'Aderente dovrà presentare altra copertura autonomamente reperita sul mercato rispondente ai requisiti minimi richiesti da Banca.

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

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

L'Aderente:

PRESO ATTO

- che la Contraente per l'erogazione del Mutuo a tasso agevolato richiede una copertura assicurativa obbligatoria rispondente ai requisiti minimi da essa definiti;
- che tale copertura può essere autonomamente da Lui reperita sul mercato;
- che la Contraente ha richiesto, per conto dei propri Clienti, a NET INSURANCE LIFE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Decesso e a NET INSURANCE S.p.A. una copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Perdita d'impiego, Ricovero Ospedaliero per Grande

FAC-SIMILE

Intervento Chirurgico e ritiene tali coperture rispondenti ai requisiti minimi per l'erogazione del Mutuo alle condizioni da essa definite;

- che le suddette garanzie si riferiscono alle Polizze Collettive nn. 875/876 che la Contraente ha stipulato con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- che nell'esprimere la sua adesione alla copertura assicurativa può scegliere l'opzione, ovvero la combinazione di garanzie, da attivare in funzione della categoria professionale di appartenenza come da prospetto riportato nella tabella di cui all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione;
- che le suddette garanzie abbinate al Mutuo sopra indicato richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi sul soggetto Assicurato un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l'efficacia della copertura assicurativa è condizionata all'erogazione/esistenza di un Mutuo, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, e decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza dell'Adesione e termina alla Data di Scadenza del Mutuo o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato del "QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO" (parte integrante del presente Modulo di Adesione), con risposta negativa a tutte le domande in esso contenuto; oppure
  - alla sottoscrizione da parte dell'Assicurato dell'eventuale "QUESTIONARIO ANAMNESTICO", e/o all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si riserva o meno di accettare il rischio a seguito dell'esame delle risposte al questionario e della eventuale documentazione medica prodotta.

DICHIARA

- **di voler aderire** alle Polizze Collettive suindicate, che prevedono il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è quello indicato nel presente Modulo di Adesione;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione;
- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nel presente Modulo di Adesione e documenti che lo corredano sono complete ed esatte;
- che tutte le informazioni rese ed utili a verificare il possesso delle condizioni di assicurabilità, come previste dalle Condizioni di Assicurazione, sono veritiere;
- di **PRESTARE** il consenso, con l'apposizione della firma in calce, alla stipulazione di un'assicurazione sulla mia vita, ai sensi dell'art. 1919 Cod. Civ.

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

AVVERTENZA – Si informa l'Aderente del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale delle Polizze Collettive nn. 875/876, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

L'Aderente dichiara:

☐ di aver scelto la modalità di consegna del Set Informativo in formato cartaceo;
☐ di aver scelto la modalità di consegna del Set Informativo tramite e-mail inviata all'indirizzo indicato negli spazi dedicati ai "Dati dell'Aderente" del presente Modulo nonché di disporre delle nozioni e degli strumenti tecnici (Adobe Acrobat e Reader 3.0 e versioni successive) necessari alla consultazione di documenti ricevuti in formato elettronico ("PDF"), fermo restando che tale documentazione è comunque disponibile sul Sito internet della Compagnia (www.netinsurance.it) e può essere richiesta in qualsiasi momento in formato cartaceo presso l'Intermediario.

L'Aderente dichiara, ai sensi dell'art. 186 del D. Lgs n. 209 del 07/09/2005 e in conformità con quanto disposto dal Regolamento IVASS n. 41 del 2/8/2018 e successive modifiche, di aver preventivamente ricevuto, nel formato e con le modalità su indicate, il Set Informativo – costituito da DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni); DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi),; Condizioni di Assicurazione (compressive di Glossario); Modulo di Adesione (fac-simile) di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018– identificato con il codice Modello: Mod. NL/NET/0155/01 - e di aver preso visione del relativo contenuto.
Il sottoscritto dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa Privacy prevista dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 contenuta nel Set Informativo.

L'Aderente dichiara altresì ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 di aver ricevuto il MUP – Modello Unico Precontrattuale.

Luogo e Data
FIRMA DELL' ADERENTE

FAC-SIMILE

DICHIARO

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

Art. 3 Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione - Art. 4 Limiti di indennizzo - Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - - Art. 8 Diritto di revoca, recesso e disdetta- Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 13 Obblighi in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione dei diritti - Artt. 30-34-37-41-45 Prestazioni assicurate - Artt. 31-35-38-42-46 Esclusioni.

Luogo e Data
FIRMA DELL'ADERENTE

SPAZIO RISERVATO ALL'OPERATORE DELLA BANCA

Dichiaro di aver provveduto personalmente all'identificazione dell'Aderente sottoscrittore, le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi, che le firme sono state riportate in mia presenza e che l'Aderente ha rilasciato autorizzazione per l'addebito del Premio dovuto sul proprio c/c intrattenuto con Banco di Desio e della Brianza secondo le modalità indicate nel presente Modulo. Dichiaro inoltre di aver presa visione e di esser a conoscenza del D.lgs n. 231/2007 e successive modificazioni.

DATA	NOME E COGNOME DELL'OPERATORE	FIRMA DELL'OPERATORE

FAC-SIMILE

Condizioni di Assicurazione – *Protezione PPI Light*

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

Protezione PPI Light nn. 875/876

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A IL: _____

N° ADESIONE: _____

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (da compilarsi a cura dell'Assicurato)	Fare una croce nella casella del SI o del NO
1. Lei è attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi?	SI□ NO□
2. Lei è attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI□ NO□
3. Lei è attualmente sottoposto per una durata > 30 giorni ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio?	SI□ NO□
4. Lei è stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI□ NO□
Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI□ NO□
Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI□ NO□
Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI□ NO□
Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI□ NO□
Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI□ NO□
Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI□ NO□
Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI□ NO□
Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI□ NO□
Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI□ NO□
Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura **(l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi) (*)**	SI□ NO□
5. Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi?	SI□ NO□
6. Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI□ NO□
7. La differenza tra la Sua altezza in centimetri □□□ ed il Suo peso in chilogrammi □□□ è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI□ NO□
8. È mai risultato positivo al Covid19?	SI□ NO□
9. L'infezione al Covid19: a) Le ha comportato un ricovero presso una struttura sanitaria in un reparto di terapia intensiva o sub-intensiva o supporto nella ventilazione a domicilio?	SI□ NO□
b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?	SI□ NO□

(*) Si specificano di seguito i seguenti significati:

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

L'ASSICURATO
Nome_____ Cognome_____
Data di nascita_____/_____/_____
Data_____/_____/_____ Firma (per esteso e leggibile) _____

Condizioni di Assicurazione – *Protezione PPI Light*

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – "Protezione PPI Light nn. 875/876

NOME:_____ COGNOME:_____ NATO/A IL:_____

ADESIONE: _____

AVVERTENZA SULLE MODALITÀ DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLA COMPAGNIA
Il presente Questionario Anamnestico potrà essere trasmesso alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.: ▪ direttamente dall'operatore della Contraente con le modalità convenute con le Compagnie di assicurazione; ▪ direttamente dall'Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato delle Compagnie di assicurazione, utilizzando una busta chiusa intestata a "*All'attenzione del Medico Specializzato NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia*", tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, ovvero con ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione. **IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico deve essere fatto pervenire alle Compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A., sempre unitamente al consenso al trattamento dei dati personali rilasciato dall'Assicurato. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, le Compagnie di assicurazione non potranno processare la posizione assicurativa.**

AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO
In caso di compilazione del Questionario Anamnestico, si avverte di quanto segue: **a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;** **b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;** **c) le compagnie di assicurazione NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. si riservano il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta;** **d) l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi. Si specificano di seguito i seguenti significati:** - **conclusione del trattamento attivo della patologia:** ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico; - **trattamento farmacologico antitumorale:** chemioterapia, terapia ormonale, immunoterapia, terapia mirata, agenti biologici, trapianto di midollo osseo, terapia cellulare o genica, trial clinici. Rientra nella definizione di trattamento farmacologico antitumorale qualsiasi eventuale combinazione dei trattamenti sopra elencati o altri approcci medici basati sull'evidenza, a seconda del tipo e dello stadio della patologia oncologica. Queste terapie possono essere impiegate in qualunque fase del trattamento della patologia oncologica (sia come terapie adiuvanti che neoadiuvanti); - **recidiva:** qualsiasi nuova manifestazione clinica associabile ad una patologia oncologica precedente, diagnosticata sia attraverso un esame biologico o di diagnostica per immagini; - **guarigione:** è da intendersi come equivalente al termine medico di remissione completa, cioè l'assenza di segni e sintomi relativi a una malattia oncologica. La guarigione può essere attestata, tra le altre cose, da un esame fisico, da indagini radiologiche e da biomarcatori sierici. **Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. Le compagnie di assicurazione si riservano di chiedere documentazione medica supplementare.**

Altezza: ……. cm Peso: ……. kg Differenza (Altezza - Peso): …….		**In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste**
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI □ NO □	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Da quando? …… Per quale motivo? ……
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Da quando? …… Trattamento e posologia……
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI □ NO □	Di quale natura? …… Da quando? ……
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI □ NO □ SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Percentuale(i)? ……% Da quando? …… (allegare copia della notifica di rendita)

Condizioni di Assicurazione – *Protezione PPI Light*

Prodotto assicurativo con coperture connesse obbligatoriamente a Mutuo

NET INSURANCE — NET LIFE INSURANCE

6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Da quando? ……
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Quando? …… Per quanto tempo? ……
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato **positivo** per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI □ NO □	Quale(i)? …… Quando? …… Risultato? Negativo □ Positivo □
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni: • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa • Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo • Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi • Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite • Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari • Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata • Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema • Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia • Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo • Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente • Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura (**ferma l'esenzione dalla dichiarazione prevista alle Avvertenze sulla compilazione lettera d**) • Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra ……	SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata? ……
10 Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo **diverso** dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?	SI □ NO □	Per quale(i) motivo(i)? …… Quando? …… Per quanto tempo? ……
11 Nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà: - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale? - essere ricoverato? - subire un intervento chirurgico? - seguire un trattamento medico?	SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □ SI □ NO □	…… …… …… ……
12 È mai risultato positivo al Covid19?	SI □ NO □	…… …… …… ……
13 L'infezione al Covid19: a) Le ha comportato un ricovero presso una struttura sanitaria in un reparto di terapia intensiva o sub-intensiva o supporto nella ventilazione a domicilio? b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?	SI □ NO □ SI □ NO □	…… …… …… ……

QUADRO RISERVATO ALL'ASSICURATO	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA (da compilare se il Medico ha partecipato alla compilazione del Questionario)	
Nome: _____ Cognome:_____ Luogo: Data: __/__/____ Letto ed approvato, _____ (L'Assicurato, firma per esteso e leggibile)	Nome: _____ Cognome:_____ Luogo: Data: __/__/____	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO Letto ed approvato, _____ (Il Medico, firma per esteso e leggibile)