Polizza Collettiva

NET CPI BUSINESS

POLIZZA COLLETTIVA AD ADESIONE FACOLTATIVA CON GARANZIE "TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE" E "INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA".

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 07/2026

"PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

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

Mod. NL/NET/0168/01 - Ed. 07-2026

NET INSURANCE

NET LIFE INSURANCE

Assicurazione Vita

Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente a Finanziamento

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

Net Insurance Life S.p.A. **NET CPI BUSINESS**

Ed. 07/2026
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?

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

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 all'importo totale del Finanziamento, nel caso di Finanziamenti di nuova erogazione, o all'importo del Debito Residuo, nel caso di Finanziamenti già erogati, ovvero all' importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi, con un limite massimo di Euro 1.000.000 per ciascun Assicurato.

Può essere assicurato, fino ad un massimo di 4 soggetti, la figura che ricopre un ruolo fondamentale e che difficilmente è sostituibile nell'Impresa Aderente alla Polizza.

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:

- chi non è residente nella Comunità Europea e domiciliato in Italia;
- chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 65 anni compiuti.

Inoltre:

- la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.

Ci sono limiti di copertura?

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'Aderente/Assicurato – salvo quanto diversamente specificato e nei casi in cui il Decesso sia causato ad esempio da:

- dolo del Beneficiario e dell'Aderente/Assicurato;
- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- partecipazione attiva dell'Assicurato/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'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

	! suicidio, quando avvenga nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- ***All'inizio del contratto***: alla sottoscrizione della Richiesta 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.
- ***In caso di presentazione di una denuncia di Sinistro***: l'Impresa Aderente e l'Assicurato sono tenuti a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.

Quando e come devo pagare?

La copertura assicurativa viene prestata dietro pagamento da parte dell'Impresa Aderente di un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o di un premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per tutta la durata del finanziamento.
Il pagamento del Premio deve essere effettuato dall'Impresa Aderente tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata delle coperture assicurative è pari:
- alla durata del finanziamento, in caso di finanziamenti di nuova erogazione,
- alla durata residua del finanziamento, in caso di finanziamento già erogato (con una durata residua almeno pari a 60 mesi).

Le coperture assicurative vengono prestate per una durata compresa tra un minimo di 9 mesi ed un massimo di 240 mesi, incluso il periodo di pre-ammortamento.

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

- L'Impresa Aderente ha diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di decorrenza.
  L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.
  Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia (anche per il tramite della Contraente) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte).
- In caso di Premio annuale, l'Impresa Aderente ha la facoltà di disdire il contratto con preavviso di 60 (sessanta) 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 abbinato facoltativamente a Finanziamento

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Net Insurance S.p.A. **Prodotto: NET CPI BUSINESS**

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

Che tipo di assicurazione è?

NET CPI BUSINESS è una Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente (Banca) per conto dei propri Clienti persone giuridiche che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento con la stessa e che intendano designare quale Assicurato soggetti che ricoprano un ruolo fondamentale nell'Azienda e che siano difficilmente sostituibili (key man), che aderiscono alla polizza collettiva su base individuale e facoltativa.
La polizza ha finalità di protezione dell'Assicurato contro l'accadimento di eventi imprevisti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di restituzione alla banca delle rate del Finanziamento. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede l'offerta congiunta di garanzie di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (le cui caratteristiche principali sono contenute nel DIP Vita e nel DIP Multirischio).

Che cosa è assicurato?

✓ **INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DI GRADO UGUALE O SUPERIORE AL 60% DERIVANTE DA INFORTUNIO O MALATTIA**
Indennizzo pari al Debito Residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Sinistro. Nel caso vi siano più Assicurati, per un massimo di 4 soggetti, per il medesimo Finanziamento (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativa a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.
La somma massima assicurabile è pari ad Euro 1.000.000 per ciascun Assicurato.

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile chi:

- non sia residente nell'unione Europea e non sia domiciliato in Italia;
- al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 65 anni compiuti.

Inoltre:

- la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.

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);
- eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della Richiesta di Adesione;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- dolo dell'Assicurato;
- 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;

! infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
! aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

– ***All'inizio del contratto:*** quando sottoscrivi la richiesta di adesione, devi compilare il questionario medico semplificato e, se previsto, il questionario anamnestico, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
– ***In caso di presentazione di una denuncia di sinistro:*** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.

Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a pagare:
– un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione; in alternativa potrai optare per il pagamento di un premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del finanziamento.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dall'Impresa Aderente tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto, purché sia stato pagato il Premio dalle ore 24:00 della data di decorrenza, coincidente con:
- la data di erogazione del finanziamento, in caso di mutui di nuova erogazione,
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione, in caso di finanziamento già erogato.

La durata delle garanzie previste è pari alla durata del Finanziamento (variabile tra un minimo di 9 mesi ad un massimo di 240 mesi incluso il periodo di pre-ammortamento).

Come posso disdire la polizza?

– Hai diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza.
In caso di Premio unico anticipato, hai diritto di recedere annualmente e con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità.
Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia (anche per il tramite della Contraente) provvederà alla restituzione del Premio versato (al netto delle imposte), oppure – in caso di recesso annuale – provvederà alla restituzione della parte di Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).
– In caso di premio annuale, hai la facoltà di disdire il contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza annuale. In tal caso, tutte le garanzie assicurative dell'Opzione attivata cessano alle ore 24:00 della successiva scadenza annuale.

Assicurazione Multirischi

Prodotto assicurativo abbinato facoltativamente a Finanziamento

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

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

NET CPI BUSINESS

Ed. 07/2026

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 giuridica (Impresa Aderente) sottoscrittore di un Contratto di Finanziamento con la Contraente, per le seguenti Garanzie:
Decesso: in caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, NET INSURANCE LIFE S.p.A. garantisce al Beneficiario il pagamento del Capitale Assicurato.
Invalidità Totale Permanente: in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della sua integrità psicofisica, NET INSURANCE S.p.A. garantisce al Beneficiario il pagamento di un importo pari al Capitale Assicurato.
Per tutte le garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e alle somme assicurate concordate con l'Impresa Aderente.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Oltre a quanto indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente, valgono le seguenti esclusioni: - stato di ubriachezza/ebbrezza: qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e il decesso avvenga alla guida di un veicolo; in ogni altro caso qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a 0,8 grammi litro; - abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Aderente/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;

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/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;
- 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.
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- 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 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;
- 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, ecc.).

Per la garanzia Decesso:
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- atti volontari di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata.

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente:
- infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale.

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e/o nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti persone giuridiche della banca che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento con la stessa e che intendano designare quale Assicurato soggetti (persone fisiche che ricoprano, all'interno dell'Impresa Aderente, un ruolo fondamentale difficilmente sostituibile) che hanno un'età compresa tra 18 e i 65 anni non compiuti al momento dell'Adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni.

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 o Premio di Durata annuale 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%

del costo stesso.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: • **PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it**

	• **Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA** • **Fax: +39 06 89326.570** avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contradditorio 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 **OPPURE** **diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET**	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 - 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%. Nel caso in cui l'Aderente sia una società di persone o di capitali, i premi versati all'Impresa Assicuratrice aventi ad oggetti il rischio di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente per Infortunio o Malattia sono deducibili se, ai sensi della normativa fiscale applicabile al caso di specie (Art. 109, comma 5, Tuir), risultano correlati da un rapporto causa-effetto alle attività produttive di reddito imponibile. È consigliato avvalersi di adeguata consulenza fiscale per il corretto inquadramento del costo.

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.

Sommario

CONTATTI UTILI **2**

GLOSSARIO **3**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE **5**

POLIZZA COLLETTIVA NET CPI BUSINESS **5**
- ART. 1 GARANZIE PRESTATE 5
- ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE 5
- ART. 3 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ E FORMALITA' DI AMMISSIONE 5
- ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO 6
- ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 6
- ART. 6 DESIGNAZIONE DELL'ASSICURATO 6
- ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA 7
- ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA 8
- ART. 9 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI 8
- ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO 8
- ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO 8
- ART. 12 DENUNCIA DEL SINISTRO 10
- ART. 13 OBBLIGHI DELL'IMPRESA ADERENTE IN CASO DI SINISTRO 11
- ART. 14 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI 11
- ART. 15 ALTRE ASSICURAZIONI 11
- ART. 16 IMPOSTE ED ALTRI ONERI FISCALI 11
- ART. 17 COMUNICAZIONI 11
- ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA ADERENTE 11
- ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA 12
- ART. 20 HOME INSURANCE (Area Riservata) 12
- ART. 21 FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE 12
- ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA 12
- ART. 23 RECLAMI 12
- ART. 24 CESSIONE DEI DIRITTI 12
- ART. 25 CONTROVERSIE 12
- ART. 26 TERMINI DI PRESCRIZIONE 12
- ART. 27 SANZIONI 13
- ART. 28 MODIFICHE ALLA RICHIESTA DI ADESIONE 13

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO **13**
- ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO 13
- ART. 30 PRESTAZIONE ASSICURATA 13
- ART. 31 ESCLUSIONI 13
- ART. 32 RISCATTO E PRESTITI 14
- ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 14

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA **14**
- ART. 34 PRESTAZIONE ASSICURATA 14
- ART. 35 ESCLUSIONI 15
- ART. 36 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI 16

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI **1**

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE **1**

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO **1**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO **1**

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_CPI_lajatico@netinsurance.it

per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego):
- NET INSURANCE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia;
- e-mail: sinistri_CPI_lajatico@netinsurance.it

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA:
- Numero: 02 21100741
- e-mail: adesioni_CPI_lajatico@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

GLOSSARIO

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

Definizioni

Adesione
Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva (o Contratto) da parte dell'Impresa Aderente e dell'Assicurato.

Assicurato
Assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti designata dall'Impresa Aderente che, in possesso dei requisiti di assicurabilità, ha prestato il consenso all'adesione alla Polizza Collettiva ai sensi dell'art. 1919 c.c.

Banca
Coincide con la Contraente della presente Polizza Collettiva.

Beneficiario
Beneficiario è l'Impresa Aderente.

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

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,): 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 Finanziamento e che ha stipulato la Convenzione Assicurativa con le Compagnie.

Condizioni di Assicurazione
Clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto.

Contratto di Finanziamento
Il Contratto di Finanziamento è il Contratto con il quale la Banca/Istituto di Credito concede al Cliente un finanziamento, rientrante nell'ambito dei **mutui ipotecari o chirografari** e dei **prestiti personali** per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dal Cliente secondo un piano di ammortamento alla francese, di durata tra un minimo di 9 mesi ed un massimo di 240 mesi ed al quale si riferisce la Copertura Assicurativa oggetto della presente Polizza Collettiva.

Copertura Assicurativa
La garanzia assicurativa concessa dalle Compagnie di Assicurazione e generata dal versamento di un Premio, a fronte del quale le Compagnie di Assicurazione sono obbligate al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Data di Decorrenza
Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti:

a) per i Finanziamenti di nuova erogazione, a condizione che il Finanziamento concesso dalla Contraente sia stato effettivamente erogato, la Data di Decorrenza coincide con la data di erogazione del Finanziamento. Nel caso in cui la data di firma presente sulla Richiesta di Adesione non coincida con la data di erogazione del Finanziamento, si terrà conto solo di quest'ultima e l'Adesione si intenderà perfezionata, producendo i relativi effetti, solo a partire dalla Data di Decorrenza;
b) per i Finanziamenti già erogati (stock), la Data di Decorrenza coincide con la data di firma presente nella Richiesta di Adesione.

Decesso
Il decesso è la morte dell'Assicurato.

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

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.

Impresa Aderente
Persona Giuridica che ha stipulato il Contratto di Finanziamento con la Contraente, che ha aderito facoltativamente alla Polizza Collettiva pagandone il relativo Premio e sottoscrivendo la Richiesta di Adesione.

Indennizzo
La somma dovuta dalle Compagnie di Assicurazione, in base alle Coperture Assicurative di cui alla presente Polizza Collettiva, a seguito del verificarsi di un Sinistro.

Infortunio
L'infortunio è un evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce il Decesso dell'Assicurato ovvero lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l'Invalidità Totale Permanente. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinati da sforzi, con esclusione delle rotture sottocutanee dei tendini, di ogni tipo di infarto, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Totale Permanente
La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della sua integrità psicofisica. Nel caso di invalidità conseguente a Infortunio o Malattia, l'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta ai fini della presente Polizza quando il grado percentuale di invalidità permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 60% della Totale, 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.

Key Man
L'uomo chiave, una figura che ricopre un ruolo fondamentale nell'azienda e che difficilmente è sostituibile.

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

Malattie e patologie preesistenti
Qualsiasi condizione medica passata o presente, che nel periodo precedente alla Richiesta di Adesione della Polizza abbia determinato sintomi, o per la quale ci si sia sottoposti o abbia richiesto un qualsiasi tipo di trattamento o medicamento prescritto dal medico, consultazione medica, esami o controlli/check-up, nonché sintomi non diagnosticati che in futuro richiedano attenzione o esami (ovvero sintomi per i quali l'Assicurato stia aspettando di fare esami/analisi oppure ne stia aspettando i risultati, e per i quali ancora non sia stata stabilita la causa scatenante.

Parti
Le Compagnie Assicurative e la Contraente.

Polizza Collettiva (o Contratto)
Polizza assicurativa in forma collettiva ad adesione facoltativa, sottoscritta tra NET INSURANCE S.p.A., NET INSURANCE LIFE S.p.A. e la Banca Contraente nell'interesse di più Imprese Aderenti che vogliono proteggersi contro i rischi dedotti nella Polizza medesima.

Pre-ammortamento
È il periodo di ammortamento preliminare al piano rateale di rimborso del mutuo, di durata non superiore a 12 mesi, in cui il cliente ha la piena disponibilità del capitale iniziale. 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.

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

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 alle Compagnie per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Richiesta di Adesione
La dichiarazione sottoscritta dall'Impresa Aderente e dall'Assicurato contestualmente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, mediante la quale l'Impresa Aderente e l'Assicurato aderiscono alla Polizza Collettiva e che contiene le dichiarazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA COLLETTIVA NET CPI BUSINESS

I testi integrali della Polizza Collettiva stipulata 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, prestata da NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- Invalidità Totale Permanente, prestata da NET INSURANCE S.p.A..

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

Coperture assicurative		Persone Assicurabili
Decesso	**Invalidità Totale e Permanente**	
Si	*Si*	Tutte le figure che ricoprono un ruolo fondamentale nell'azienda e che risultano difficilmente sostituibili.

Le garanzie sono prestate dalle Compagnie di Assicurazione in base alle dichiarazioni dell'Impresa Aderente e degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma la garanzia Invalidità Totale Permanente deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

ART. 2 OBBLIGHI DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE

Gli obblighi delle Compagnie risultano esclusivamente dalla Polizza Collettiva, dalle Condizioni di Assicurazione, dalla Richiesta 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 alla Polizza Collettiva è necessario che:

a) l'Impresa Aderente abbia stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente di durata compresa tra un minimo di 9 mesi ad un massimo di 240 mesi. Gli importi massimi assicurabili sono riportati all'art. 4 ("Limiti di Indennizzo") che segue;
b) l'Assicurato ricopra all'interno dell'Impresa Aderente un ruolo fondamentale e che risulti difficilmente sostituibile (key man);
c) l'Assicurato abbia un'età compresa tra i 18 e i 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata ai 75 anni non compiuti;
d) l'Impresa Aderente abbia pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale.

In aggiunta ai requisiti di cui sopra, si precisa che, per poter validamente attivare le coperture, è necessario che ciascun Assicurato designato dall'Impresa Aderente:

a) abbia aderito alla Polizza Collettiva, sottoscrivendo il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico, da solo o con l'aiuto del proprio Medico di famiglia;
b) abbia fornito l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta;
c) abbia prestato il consenso all'adesione alla Polizza Collettiva ai sensi dell'art. 1919 c.c..

L'Impresa Aderente manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.
Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo art. 3.1 ("Limiti assuntivi").

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte delle Compagnie a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta di Adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, le Compagnie si riservano il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della Copertura Assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, le Compagnie si impegnano a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'Assicurato all'Impresa Aderente e alla Contraente.

3.1 Norme assuntive
L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con la Richiesta di Adesione, che dovrà essere completata in ogni parte, datata e firmata dall'Impresa Aderente e dall'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:

- **Per capitali fino a Euro 200.000,00 (duecentomila/00), dovrà essere fornita la sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato presente sulla Richiesta 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 l'età dell'Assicurato sia superiore a 55 anni al momento dell'Adesione, oppure, qualora inferiore ma per capitali compresi tra Euro 200.000,01 (duecentomila/01) ed Euro 400.000,00 (quattrocentomila/00), al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alle Compagnie lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che le Compagnie avranno dato il proprio consenso.**
- **Per capitali superiori a Euro 400.000,00 (quattrocentomila/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.

In caso di pluralità di polizze con le Compagnie Net, il Capitale da considerare ai fini della valutazione del rischio è quello complessivamente assicurato.

ART. 4 LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo massimo non potrà superare, in caso di Decesso o Invalidità Totale Permanente, Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per singolo Sinistro.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Impresa 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 alla Polizza Collettiva, devono corrispondere a verità ed esattezza.

ART. 6 DESIGNAZIONE DELL'ASSICURATO

L'Impresa Aderente ha la facoltà di designare contestualmente più Assicurati per la medesima copertura, nel qual caso troveranno applicazione le seguenti condizioni:

- potranno essere assicurati fino ad un massimo di 4 soggetti;
- rispetto a ciascun Assicurato designato dall'Impresa Aderente, il capitale assicurato sarà pari: all'importo totale del Finanziamento, per i Finanziamenti di nuova erogazione, o all'importo del Debito Residuo, per Finanziamenti già erogati ovvero ad un importo anche inferiore rispetto all'importo totale del Finanziamento o del Debito Residuo.

La mancata accettazione da parte delle Compagnie della Richiesta di Adesione alla Copertura Assicurativa soltanto nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudica l'efficacia del Contratto per i rimanenti Assicurati, a condizione che sia rispettato quanto previsto per l'assunzione della Copertura Assicurativa.
Nel caso in cui l'Assicurato si ritrovi a non ricoprire più all'interno dell'Impresa Aderente il ruolo di key man, come indicato dall'art. 3 punto b) delle Condizioni di Assicurazione, la copertura assicurativa relativa allo stesso si estingue ai sensi di quanto previsto dal successivo art. 7 punto 6. La perdita del ruolo in capo all'Assicurato è comunicata dall'Impresa Aderente alle Compagnie, per il tramite della Contraente, al seguente indirizzo:

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

allegando i seguenti documenti:

- una copia della Richiesta di Adesione originariamente sottoscritta dall'Impresa Aderente;
- documentazione comprovante la perdita del ruolo di key man originariamente ricoperto dall'Assicurato presso l'Impresa Aderente (quali, a titolo esemplificativo: stralcio della delibera dell'organo amministrativo, lettera di dimissioni, pensionamento ecc.).

In tal caso, fermo il diritto dell'Impresa Aderente alla restituzione del rateo di premio non goduto ai sensi di quanto previsto dall'art. 7, è nella facoltà dell'Impresa Aderente stessa far intervenire un nuovo Assicurato, dietro corresponsione di un nuovo Premio e secondo i criteri previsti dalla procedura di adesione di cui al precedente art. 3.

ART. 7 DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La presente Polizza Collettiva è un Contratto di Assicurazione con coperture assicurative prestate per una durata variabile tra un minimo di 9 mesi ad un massimo di 240 mesi (incluso il periodo di pre-ammortamento).
La durata delle coperture assicurative è pari:

- alla durata del Finanziamento, in caso di Finanziamento di nuova erogazione,

oppure

- alla durata residua del Finanziamento, in caso di Finanziamento già erogato.

In caso di Finanziamento già erogato, la durata residua all'atto dell'Adesione non potrà essere inferiore a 60 mesi.
Le garanzie oggetto della presente Polizza Collettiva iniziano a decorrere dal momento del perfezionamento dell'Adesione.
L'Adesione si intende perfezionata alle ore 24 della Data di Decorrenza, purché sia stato regolarmente pagato il Premio, coincidente con:

- la data di erogazione del Finanziamento, per i Finanziamenti di nuova erogazione;
- la data di firma presente nella Richiesta di Adesione, per i Finanziamenti già erogati;

a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta 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 il Premio unico anticipato o il Premio annuale.

Tutte le garanzie cessando al verificarsi di uno, in ordine cronologico dei seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato: nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento stesso;
2. Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato: nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento stesso;
3. scadenza dell'Adesione;
4. scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte del Cliente per Adesioni con durata annuale;
5. raggiungimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
6. perdita da parte dell'Assicurato inizialmente designato nella Richiesta di Adesione di uno dei requisiti di cui all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione;
7. esercizio del diritto di recesso;
8. anticipata estinzione totale del Finanziamento da parte del Cliente (nel caso in cui l'Impresa Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa fino alla scadenza originaria dell'Adesione);
9. surrogazione del Finanziamento ai sensi dell'Art. 8 della Legge n. 40 del 2 aprile 2007 (nel caso in cui l'Impresa Aderente non richieda di proseguire la Copertura Assicurativa).

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

a. del Premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del Capitale Assicurato residuo;

b. dei costi, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.

ART. 8 DIRITTO DI REVOCA, RECESSO E DISDETTA

La Richiesta di Adesione è revocabile dall'Impresa Aderente sino alla Data di Decorrenza.

L'Impresa Aderente ha diritto di recedere dalle Coperture Assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta) giorni** dalla Data di Decorrenza, con 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'Impresa Aderente.

L'Aderente ha facoltà di disdire il Contratto:

- in caso di Premio annuale, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale;
- annualmente dalle coperture danni, in caso di Premio unico anticipato, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dal successivo art. 11.
- in caso di Premio unico anticipato con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla Data di Scadenza annuale.

La revoca, il recesso e la disdetta devono essere comunicate per iscritto alle Compagnie, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, 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 è l'Impresa Aderente. Nel caso di anticipata estinzione o surroga del Contratto di Finanziamento, laddove sia stato richiesto alle Compagnie il mantenimento della Copertura Assicurativa, Beneficiario delle prestazioni resta l'Impresa Aderente. L'Impresa Aderente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione.
La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alle Compagnie, o tramite l'eventuale modulo messo a disposizione dalla Compagnia, anche per il tramite della Contraente.

ART. 10 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione viene prestata dietro corresponsione da parte dell'Impresa Aderente o per suo conto dalla Contraente di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione o di un Premio annuale ricorrente con tacito rinnovo per la durata del Finanziamento.
Il pagamento del Premio deve essere effettuato dall'Impresa Aderente tramite addebito diretto SEPA sul conto corrente.
Il Premio è calcolato in percentuale dell'importo totale del Finanziamento richiesto, ovvero dell'importo residuo del debito in linea capitale del Finanziamento, in caso di Finanziamenti già erogati, e in base alla durata del Contratto di Finanziamento (espressa in mesi).
Il Premio, non frazionabile, viene versato dall'Impresa Aderente al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva abbinata al Contratto di Finanziamento.
In caso di Premio annuale, se trascorso un anno dalla Data di Decorrenza della Copertura Assicurativa, e alla scadenza di ciascuna annualità, l'Impresa Aderente, o per suo conto la Contraente, non paga il Premio dell'annualità successiva, la medesima copertura resta sospesa dalle ore 24 del 60° (sessantesimo) giorno successivo al termine dell'annualità e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto delle Compagnie al pagamento dei Premi scaduti. In ogni caso non sarà riconosciuta alcuna prestazione per i Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione.

ART. 11 ANTICIPATA ESTINZIONE E SURROGA DEL FINANZIAMENTO

In caso di anticipata estinzione totale del Contratto di Finanziamento non successiva a liquidazione dell'indennizzo per la garanzia Decesso o per la garanzia Invalidità Totale Permanente, ovvero nel caso di surroga del Finanziamento, la Copertura Assicurativa viene estinta dalla data di anticipata estinzione/surroga del Contratto di Finanziamento.
La Contraente dovrà inviare alle Compagnie comunicazione dell'anticipata estinzione/surroga del Contratto di Finanziamento oltre alla modalità di rimborso gradita dall'Impresa Aderente.
Le Compagnie, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione, restituiranno all'Impresa Aderente la parte di Premio corrispondente al periodo di assicurazione non goduto, la quale verrà calcolata secondo la formula di seguito riportata:

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

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 finanziamento

Da sommarsi alla parte di Premio non goduto inerente la Copertura danni (Invalidità Permanente Totale), 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 finanziamento

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 Finanziamento, il rateo di Premio da rimborsare sarà calcolato come sopra indicato e rimodulato in proporzione al capitale rimborsato rispetto al Debito Residuo. Nei casi in cui l'estinzione parziale comporti variazioni di parametri fondamentali della tariffa, come ad esempio la durata, quindi di fatto in presenza di una rinegoziazione del Finanziamento, 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 un 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'Impresa 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'Impresa Aderente direttamente alle Compagnie a mezzo lettera raccomandata A/R o per il tramite della Contraente ai seguenti indirizzi:

- per la Copertura Vita (Decesso): NET INSURANCE LIFE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia;
- per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): 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 la Copertura danni (Invalidità Totale Permanente) Beneficiario delle prestazioni sarà l'Assicurato.

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.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento). 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 la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego): NET INSURANCE S.p.A c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia.

Oppure utilizzando la casella e-mail sinistri_CPI_lajatico@netinsurance.it, anche per informazioni relative ai Sinistri.

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 Finanziamento. 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.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) 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, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere l'autentica della firma del richiedente.
La Compagnia 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, la filiale dell'Intermediario presso la quale è stato stipulato il finanziamento e/o il Beneficiario devono:

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

Art. 12.2 Invalidità Totale e Permanente

- modulo di Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) 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. 13 OBBLIGHI DELL'IMPRESA ADERENTE 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.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento), 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 la casella e-mail sinistri_CPI_lajatico@netinsurance.it.

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

Per la garanzia Invalidità Totale Permanente

In caso di Sinistro, l'Impresa Aderente deve darne avviso alla Compagnia entro e non oltre il termine indicato nel comma successivo.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita al diritto o la relativa riduzione ai rimborsi ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
L'Impresa Aderente, non oltre il sessantesimo giorno dalla data di accadimento dell'evento assicurato, deve inviare apposita comunicazione o il Modulo Denuncia di Sinistro (disponibile sul sito della Compagnia, www.netinsurancelife.it, in versione sempre aggiornata o presso la filiale della Contraente che ha emesso il contratto di Finanziamento) mediante lettera raccomandata A/R a:

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

Oppure utilizzando la casella e-mail sinistri_CPI_lajatico@netinsurance.it.

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

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'Impresa Aderente 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'Impresa Aderente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile alla tariffa verranno immediatamente recepiti e comunicati all'Impresa Aderente ed alla Contraente.

ART. 17 COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Impresa 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'Impresa Aderente sulla Richiesta di Adesione.

ART. 18 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA ADERENTE

La Contraente - in sede di conclusione del Contratto di Finanziamento - provvederà ad informare della possibilità di aderire alla Polizza Collettiva e a fornire all'Impresa Aderente copia del presente Set Informativo.
Resta inteso che l'adesione da parte dei clienti della Contraente è meramente facoltativa e rimessa alla loro esclusiva volontà.

La Contraente terrà indenne e manlevata le Compagnie da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare dal mancato rispetto di quanto sopra da parte della Contraente stessa.

ART. 19 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 20 HOME INSURANCE (Area Riservata)

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

ART. 21 FORO COMPETENTE E LEGGE APPLICABILE

Il Foro competente è quello di residenza o sede dell'Impresa Aderente, o quello da lui preferito. La legge applicabile è quella italiana.

ART. 22 CLAUSOLA LIBERATORIA

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

ART. 23 RECLAMI

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

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

per la Copertura Danni (Invalidità Totale Permanente):

- 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'Impresa Aderente 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 Polizza Collettiva.

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'Impresa 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 ALLA RICHIESTA DI ADESIONE

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Impresa Aderente nella Richiesta di Adesione, devono essere approvate dalle Compagnie.

ASSICURAZIONE PER LA GARANZIA DECESSO

ART. 29 OGGETTO DELLA COPERTURA PER IL CASO DI DECESSO

Nel caso di Decesso dell'Assicurato, la Compagnia 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'Impresa 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, la Compagnia 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 Finanziamento, nel caso di Finanziamenti di nuova erogazione, o all'importo del Debito Residuo, nel caso di Finanziamenti già erogati, ovvero all' importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.

Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, il Capitale Assicurato per ciascuno di essi – per un massimo di quattro soggetti - non potrà essere superiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (nel caso di Finanziamenti già erogati), ovvero non potrà essere superiore al diverso importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.

Il Capitale Assicurato sarà pagato nei limiti del massimale di Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per Sinistro, come previsto all'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 dalla Compagnia.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Decesso di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento stesso.

In caso di anticipata estinzione e di surroga del Contratto di Finanziamento, 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;**
- **eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della 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;**

- **uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **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 3° 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**

In questi casi, a parziale deroga di quanto stabilito all'Art. 30 (Prestazione assicurata), *la Compagnia corrisponderà quanto viene accantonato di anno in anno per far fronte al rischio Decesso e il Contratto si risolve anticipatamente.*

Gli accertamenti sanitari di base richiesti per l'assunzione del contratto ove necessari sono riportati nell'art. 3 ("Requisiti di assicurabilità e formalità di ammissione") delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART. 32 RISCATTO E PRESTITI

32.1 L'Assicurazione non ha né conferisce alcun valore di riscatto.
32.2. In relazione alla presente Polizza non sono concedibili prestiti.

ART. 33 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

ASSICURAZIONE INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

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 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 del 75° anno di età dell'Assicurato, la Compagnia 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 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 Finanziamento (per i finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (per i finanziamenti già erogati) ovvero al differente importo inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi. Per data del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della diagnosi della Malattia stessa.
Nel caso in cui vengano designati più Assicurati, il Capitale Assicurato per ciascuno di essi– per un massimo di quattro soggetti - non potrà essere superiore all'importo totale del Finanziamento (per i Finanziamenti di nuova erogazione) o all'importo del Debito Residuo (per i finanziamenti già erogati) ovvero al differente importo anche inferiore rispetto all'importo totale/Debito Residuo stessi.

Il Capitale Assicurato non potrà superare l'importo di Euro 1.000.000,00 per ciascun Assicurato e per Sinistro, 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 Invalidità Totale Permanente resterà acquisito dalla Compagnia.
Nel caso in cui vi siano più Assicurati e venga liquidato l'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente di uno di essi, le garanzie per ciascuno degli altri Assicurati restano in vigore fino alla scadenza originaria del Finanziamento e i relativi indennizzi saranno commisurati agli importi del piano di ammortamento originario del Finanziamento stesso.

In caso di anticipata estinzione totale e di surroga del Contratto di Finanziamento 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 Permanente causati da:

- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **eventi legati direttamente o indirettamente a infortuni avvenuti o malattie e patologie preesistenti al momento della 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'Impresa Aderente deve darne avviso scritto alla Compagnia di Assicurazione 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.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 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

messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE

NET INSURANCE — NET LIFE INSURANCE

Richiesta di adesione n°

Polizze Collettive n. 918/919 "NET CPI BUSINESS" stipulata da BANCA POPOLARE DI LAJATICO soc. coop. per azioni (Contraente) con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.

Possono aderire alla Polizza Collettiva, assumendo la qualifica di Assicurato, fino a un massimo di quattro persone assicurabili. Ciascuna persona è assicurata per un capitale pro quota la cui somma copre l'intero importo del Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. Ciascun Assicurato potrà essere coperto per una quota parte dell'importo totale del Mutuo, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato, o per il totale del Mutuo stesso, ovvero del Capitale Assicurato qualora inferiore all'importo erogato. La quota prescelta relativa a ciascun Assicurato è indicata nella presente Richiesta di Adesione.

Polizze Collettive n. 918/919			
Intermediario	Cod. Filiale	Cod. Prod.	Matricola operatore

Dati dell'Impresa Aderente			
Denominazione/Ragione Sociale			Partita IVA
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Telefono	E-mail		
Nr. finanziamento	SAE	ATECO	TAN
Finanziamento richiesto/Debito residuo €		Durata finanziamento pari a (mesi)	
Premio unico €	Premio annuale €	Capitale Assicurato €	

Dati del Legale Rappresentante			
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	
Persona politicamente esposta:	SI ☐	NO ☐	

FAC-SIMILE

Possono essere assicurati fino ad un massimo di quattro persone fisiche. Le garanzie saranno operanti per la percentuale definita dall'Impresa Aderente negli appositi campi.

Preso atto che la BANCA POPOLARE DI LAJATICO soc. coop. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone giuridiche della BANCA POPOLARE DI LAJATICO soc. coop., o delle sue partecipate o controllate.

RICHIEDE DI ADERIRE
ALLA POLIZZA COLLETTIVA N. 918/919 "NET CPI BUSINESS"

	Coperture Assicurative	Prestazione/Indennizzo
☑	A) Decesso dell'Assicurato	A) Debito Residuo del Mutuo
	B) Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia) dell'Assicurato	B) Debito Residuo del Mutuo

1) Dati dell'Assicurato N. 1			
Cognome	**Nome**		
Indirizzo di Residenza	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Indirizzo di Domicilio *(se diverso da residenza)*	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Data di nascita **Luogo di nascita**	**Provincia**	**Codice Fiscale**	
Documento Tipo	**Numero**	**Data e luogo di emissione**	
Quota di copertura assicurativa: % **Capitale assicurato €**		**Premio unico €** **Premio annuo €**	

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. e tramite BANCA POPOLARE DI LAJATICO soc. coop. o sue partecipate o controllate _____ Euro

2) Dati dell'Assicurato N. 2			
Cognome	**Nome**		
Indirizzo di Residenza	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Indirizzo di Domicilio *(se diverso da residenza)*	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Data di nascita **Luogo di nascita**	**Provincia**	**Codice Fiscale**	
Documento Tipo	**Numero**	**Data e luogo di emissione**	
Quota di copertura assicurativa: % **Capitale assicurato €**		**Premio unico €** **Premio annuo €**	

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCA POPOLARE DI LAJATICO soc. coop. o sue partecipate o controllate _____ Euro

3) Dati dell'Assicurato N.			
Cognome	**Nome**		
Indirizzo di Residenza	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Indirizzo di Domicilio *(se diverso da residenza)*	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Data di nascita **Luogo di nascita**	**Provincia**	**Codice Fiscale**	
Documento Tipo	**Numero**	**Data e luogo di emissione**	
Quota di copertura assicurativa: % **Capitale assicurato €**		**Premio unico €** **Premio annuo €**	

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCA POPOLARE DI LAJATICO soc. coop. o sue partecipate o controllate _____ Euro

FAC-SIMILE

4) Dati dell'Assicurato N. 4			
Cognome	**Nome**		
Indirizzo di Residenza	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Indirizzo di Domicilio *(se diverso da residenza)*	**Località**	**Provincia**	**CAP**
Data di nascita **Luogo di nascita**	**Provincia**	**Codice Fiscale**	
Documento Tipo	**Numero**	**Data e luogo di emissione**	
Quota di copertura assicurativa: % **Capitale assicurato €**		**Premio unico €** **Premio annuo €**	

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per finanziamenti già assicurati da NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A. tramite BANCA POPOLARE DI LAJATICO soc. coop. o sue partecipate o controllate _____ Euro

Beneficiari
Beneficiario delle Coperture Assicurative è sempre l'Impresa Aderente.

INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi, a carico dell'Impresa Aderente:

Costi effettivamente sostenuti sul Premio unico	*Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione*
Euro	***Euro***
% 63,00 (garanzia vita) / 63,00 (garanzie danni)	*% 68,25 (garanzia vita) / 68,25 (garanzie danni)*

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	• **Premio unico anticipato** • **Premio annuale**
Mezzi di Pagamento del Premio	• **tramite addebito diretto SEPA sul c/c.**

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'/DEGLI ASSICURATO/I

Le Compagnie assumono il rischio raccogliendo da ciascun Assicurato informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita, mediante richiesta di compilazione del QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (**parte integrante della presente Richiesta 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 dalla Compagnia, 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 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

FAC-SIMILE

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.

REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

La Richiesta di Adesione alla Polizza Collettiva è revocabile dall'Aderente/Assicurato sino alla Data di Decorrenza del contratto.
L'Aderente/Assicurato 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 e non goduto (al netto delle imposte).
La revoca ed il recesso devono essere comunicati per iscritto alle Compagnie, anche per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata inviata a:

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

DICHIARAZIONI DELL'IMPRESA ADERENTE

DICHIARAZIONE DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLA POLIZZA COLLETTIVA
ED ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La sottoscritta Impresa Aderente
PRESO ATTO

- che la Contraente ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l'opzione da essi prescelta, a NET INSURANCE LIFE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Decesso ed a NET INSURANCE S.p.A. una copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;
- che le suddette garanzie si riferiscono alla Polizza Collettiva n. 918/19 che la Contraente ha stipulato con NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.;
- che le suddette garanzie abbinate al Finanziamento sopra indicato richiesto alla Contraente sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi sul/i soggetto/i Assicurato/i 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 Finanziamento, oltre che all'avvenuto pagamento del Premio, decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla Data di Scadenza del Finanziamento 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 della presente Richiesta 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

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di voler attivare la copertura assicurativa sul/i soggetto/i Assicurato/i come sopra indicato/i;
- **di aderire**, in qualità di Aderente, alla Polizza Collettiva suindicata, che prevede il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è quello indicato nella presente Richiesta di Adesione;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

AVVERTENZA – Si informa l'Impresa Aderente e ciascun Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva n. 918/919, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

SI DICHIARA, ai sensi dell'art. 120-quater del CAP, di aver scelto di ricevere la trasmissione della documentazione contrattuale e delle comunicazioni previste dalla normativa in vigore durante la vigenza del contratto di assicurazione (barrare una tra le opzioni di seguito riportate):

IMPRESA ADERENTE
☐ via email in formato digitale (agli indirizzi di posta elettronica forniti in anagrafica) e su area riservata ☐ in formato cartaceo
Indirizzo e-mail di ricezione:

Tale scelta potrà essere modificata liberamente dall'Impresa Aderente in qualsiasi momento.

DICHIARA ALTRESI' di aver ricevuto la seguente documentazione pre-contrattuale:

a) MUP – Modello Unico Precontrattuale ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
b) Set Informativo (Mod. NL/NET/0168/01) comprensivo di: 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), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018; Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario); Richiesta di Adesione (fac-simile).

Luogo e Data
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

DICHIARO/IAMO

• di approvare specificatamente, ai sensi dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, gli 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. 7 Decorrenza e durata della copertura assicurativa - Art. 8 Diritto di recesso - Art. 12 Denuncia del sinistro - Art. 13 Obblighi dell'Assicurato o dei suoi aventi causa in caso di sinistro - Art. 21 Foro competente - Art. 24 Cessione dei diritti - Artt. 30 - 34 Prestazioni assicurate - Artt. 31 - 35 Esclusioni.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1	**FIRMA DELL'ASSICURATO 2**
FIRMA DELL'ASSICURATO 3	**FIRMA DELL'ASSICURATO 4**

Io/noi sottoscritto/i Assicurato/i
DICHIARO/IAMO di possedere tutte le condizioni di assicurabilità come previste dalle Condizioni di Assicurazione;
PRESTO/IAMO il consenso, con l'apposizione della firma in calce, alla stipula di un'assicurazione sulla mia/nostra vita, ai sensi dell'art. 1919 Cod. Civ.

FIRMA DELL'ASSICURATO 1_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2_____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4_____

L'Assicurato/i dichiara/no di NON avere in corso con Net Insurance Life S.p.A. altre coperture assicurative per il caso morte.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DELL'ASSICURATO 1_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 2_____

FIRMA DELL'ASSICURATO 3_____ FIRMA DELL'ASSICURATO 4_____

FAC-SIMILE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

FORMULA PER L'IMPRESA ADERENTE

La Società _____, con sede in _____
Codice Fiscale/P.IVA _____ e-mail _____

a) Dichiara di aver consegnato l'informativa privacy presente nel Set Informativo a tutti gli interessati i cui dati personali sono comunicati al Titolare (quali, a titolo esemplificativo, dipendenti del contraente o beneficiari in caso di polizze collettive).
   □ **conferma**

b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**

Luogo e Data
FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA ADERENTE

FORMULA PER L'ASSICURATO 1

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e-mail _____ nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy presente nel Set Informativo:

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

b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**

FAC-SIMILE

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

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO 1

FORMULA PER L'ASSICURATO 2

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e-mail _____ nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy presente nel Set Informativo:

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

b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO 2

FORMULA PER L'ASSICURATO 3

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e-mail _____ nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy presente nel Set Informativo:

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

b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:

FAC-SIMILE

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

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO 3

FORMULA PER L'ASSICURATO 4

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e-mail _____ nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'informativa privacy presente nel Set Informativo:

a) Per il trattamento dei Suoi dati di natura particolare (ossia dati relativi allo stato di salute), per le finalità e con le modalità in essa illustrate, consapevole che il trattamento di tali dati è necessario per dare esecuzione ad alcune attività del rapporto contrattuale (ad es., gestione dei sinistri).
   □ **presta il consenso**
b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficerà i rapporti contrattuali intercorrenti con il Titolare:
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte del Titolare (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte del Titolare sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti del Titolare con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**
   - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
     □ **presta il consenso** □ **nega il consenso**

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO 4

FAC-SIMILE

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

NET CPI BUSINESS N. 918/919

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) _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – NET CPI BUSINESS N. 918/919

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.: a) per il tramite del Contraente; ovvero b) 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"*, ovvero tramite 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 alla Richiesta di Adesione, compilato e sottoscritto dall'Assicurato in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. 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 È attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI □ NO □	Da quando? …….. Per quale motivo? ……
3 È 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 È 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 È titolare di una pensione per malattia o infortunio? È 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)
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:		Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata?
• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI □ NO □	…… …… ……
• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, 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, disordini delle funzioni del fegato, 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 (**ferma l'esenzione dalla dichiarazione prevista alle Avvertenze sulla compilazione lettera d**)	SI □ NO □	…… …… ……
• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra ……	SI □ NO □	…… …… ……
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?	SI □ NO □	…… ……
- essere ricoverato?	SI □ NO □	…… ……
- subire un intervento chirurgico?	SI □ NO □	…… ……
- seguire un trattamento medico?	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?	SI □ NO □	…… …… …… …… …… …… …… ……
b) Le ha lasciato sintomi permanenti e/o conseguenze cliniche e/o complicazioni attualmente in essere?	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:_____	Nome: _____ Cognome:_____	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Luogo: Data: __/ __/ ____	Luogo: Data: __/ __/ ____	
Letto ed approvato, _____ (L'Assicurato, firma per esteso e leggibile)		Letto ed approvato, _____ (Il Medico, firma per esteso e leggibile)