

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE



double defence

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 06/2025

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

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



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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

In caso di Infortuni che potresti subire nello svolgimento della tua attività professionale e/o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale e ricreativa o in caso di asfissia, avvelenamento, assideramento, malore o punture di insetti, le Garanzie / Prestazioni assicurate, di seguito riportate, sono operanti a seconda della tua scelta tra un **Pacchetto BASE** ed un **Pacchetto GOLD**, acquistabili anche in maniera singola. Puoi scegliere, inoltre, di abbinare al Pacchetto BASE dei **Pacchetti AGGIUNTIVI** facoltativi, pagando il relativo Premio.

Garanzie Infortuni

- ✓ **Morte da Infortunio:** in caso di Infortunio che comporti la morte, i Beneficiari da te designati hanno un Indennizzo pari a Euro 50.000.
- ✓ **Invalidità Permanente da Infortunio:** in caso di Infortunio che comporti un'Invalidità Permanente, hai un Indennizzo predeterminato in base alla percentuale di Invalidità Permanente accertata con il massimo di Euro 50.000 per invalidità pari o superiori al 61%.
- ✓ **Diaria da Ricovero da Infortunio:** in caso di Infortunio che comporti il Ricovero in Istituto di cura, hai una Diaria pari a Euro 100 per ogni giorno di degenza con pernottamento, anche se ci sono più Infortuni o Ricoveri durante lo stesso Anno assicurativo. In caso di Infortunio Stradale, la Diaria è pari a Euro 200 per ogni giorno di degenza con pernottamento.
- ✓ **Fratture ossee:** in caso di Infortunio che comporti una Frattura ossea, hai un Indennizzo pari a Euro 1.500, per ogni singola Frattura ossea.
- ✓ **Ustioni:** in caso di Ustione pari o superiore al 4,5% del corpo provocata da un agente chimico, termico e fisico, hai un Indennizzo pari a Euro 1.500.

Prestazioni di Assistenza alla Persona

- ✓ Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi.
- ✓ Centrale Operativa (Concierge).



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili:

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



Ci sono limiti di copertura?

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

Sono esclusi gli Infortuni causati dalla:

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

- ✓ Fornitura di un App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati.
- ✓ Medico h 24.
- ✓ Check-up ad-hoc in centri convenzionati.
- ✓ Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale).
- ✓ Video Consulto Medico.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il Contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- Nel corso del Contratto, hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni, tue o dell'Assicurato se diverso, inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, tu o l'Assicurato se diverso o gli aventi diritto dovete darne avviso alla Compagnia entro 9 giorni e fornire la documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio che copre un anno di assicurazione. L'importo del Premio è scritto in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul tuo conto corrente bancario, bonifico o carta di credito.

Puoi scegliere di suddividere il Premio annuo, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. In caso di suddivisione del Premio annuo, devi pagare tutte le rate dell'annualità anche se il Rischio cessa durante l'Anno assicurativo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha una durata annuale e, in mancanza di disdetta, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire. Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con il tuo pagamento del Premio.

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

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



Come posso disdire la polizza?

- Puoi disdire la Polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della Scadenza annuale.
- Hai la facoltà di recedere dal Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio. Puoi comunicare la tua volontà alla Compagnia, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata.

Assicurazione multirischi a protezione della Persona

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

Net Insurance S.p.A.

DOUBLE DEFENCE

Ed. 06/2025 – Agg.to 02-2026

Il DIP aggiuntivo Danni 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 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 € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594.

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Il prodotto, in funzione della scelta tra il Pacchetto BASE (e/o Pacchetti AGGIUNTIVI) ed il Pacchetto GOLD, prevede due differenti forme di copertura in termini di Garanzie / Prestazioni.

Per aspetti di dettaglio delle singole Garanzie:

Garanzia Morte da Infortunio: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 23, pag. 12/18.

Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 24, pag. 12/18.

Garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 25, pag. 13/18.

Garanzia Fratture ossee: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 26, pag. 13/18.

Garanzia Ustioni: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 27, pag. 13/18.

Garanzia Assistenza alla Persona: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 37, pag. 16/18.

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono esclusi gli Infortuni causati da:

- pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali ad esempio: pugilato, atletica pesante, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia; guidoslitte (bob);
- uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici svolti a livello non amatoriale e/o non ricreativo;
- partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calcio e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);
- ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- tumulti popolari, atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;

	- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; - azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo; - movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche; - guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.). Sono inoltre esclusi: - gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio; - gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.); - gli infarti e ictus; - le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte maggiori informazioni su Franchigia e limiti di Indennizzo.

Eventi in Garanzia	Franchigia Limite Indennizzo
<i>Morte da Infortunio</i>	In caso di Morte presunta, la liquidazione è corrisposta solo dopo 6 mesi dalla dichiarazione della stessa
<i>Invalidità Permanente da Infortunio</i>	In relazione alla percentuale di Invalidità Permanente riconosciuta, è previsto: - fino al 10%, nessun indennizzo - dall'11% al 20%, un indennizzo pari a Euro 5.000 - dal 21% al 30%, un indennizzo pari a Euro 10.000 - dal 31% al 40%, un indennizzo pari a Euro 15.000 - dal 41% al 50%, un indennizzo pari a Euro 20.000 - dal 51% al 60%, un indennizzo pari a Euro 25.000 - dal 61%, un indennizzo pari a Euro 50.000
<i>Diaria da Ricovero da Infortunio</i>	Massimo 120 giorni di Diaria per Anno assicurativo anche se ci sono più infortuni o ricoveri durante lo stesso Anno assicurativo (stesso limite di anche in caso di Ricovero ospedaliero causato da infortunio stradale)
<i>Fratture ossee</i>	Massimo 3 fatture per Anno assicurativo per un indennizzo massimo pari ad Euro 4.500 per Anno assicurativo (l'Infortunio deve avvenire durante la validità della Polizza e la Frattura ossea deve essere diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio)
<i>Ustioni</i>	Massimo 3 Ustioni per Anno assicurativo per un indennizzo massimo pari ad Euro 4.500 per Anno assicurativo
In caso di Sinistro aereo che colpisce più Assicurati, è previsto un limite massimo di indennizzo pari ad Euro 5.000.000 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento. Se gli Indennizzi complessivamente dovuti, per un unico Sinistro aereo, sono superiori a tale limite, ciascun Assicurato coinvolto riceverà un indennizzo ridotto in proporzione al rapporto tra la somma massima indicata ed il totale degli Indennizzi dovuti.	



A chi è rivolto questo prodotto?

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



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	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 esauritiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.
----------------------------------	--

	Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo 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	Come da normativa vigente.

Cos'è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. 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'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.

<i>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</i>	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del contraente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. Dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. 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

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

Art. 36 – Pagamento dell’Indennizzo	16
SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA.....	16
COS’È ASSICURATO	16
Art. 37 – Servizio di Assistenza	16
Art. 38 – Oggetto dell’Assicurazione.....	17
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1



PREMESSA

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

È possibile scegliere tra le seguenti opzioni:

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

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

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

Di seguito il riepilogo delle Garanzie disponibili:

PACCHETTI ACQUISTABILI SINGOLARMENTE	PACCHETTI FACOLTATIVI ACQUISTABILI SOLO IN ABBINAMENTO AL PACCHETTO BASE
Pacchetto BASE così composto: Garanzie Infortuni: - Fratture Ossee - Ustioni - Diaria da Ricovero da Infortuni Prestazioni di Assistenza alla Persona: - Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi. - Centrale Operativa (Concierge) - Fornitura di un App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati	Pacchetto AGGIUNTIVO 1 con le seguenti Garanzie Infortuni: - Morte da Infortunio - Invalidità Permanente da Infortunio
	Pacchetto AGGIUNTIVO 2 con le seguenti prestazioni di Assistenza alla Persona: - Medico h 24 - Check-up ad-hoc in centri convenzionati - Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale) - Video Consulto Medico
Pacchetto GOLD così composto: Prestazioni di Assistenza alla Persona: - Assistenza e accesso alla Rete di Strutture e/o di Professionisti Convenzionati ed emissione della relativa Carta Virtuale dei Servizi - Centrale Operativa (Concierge) - Fornitura di un App personalizzata utilizzabile dagli Assicurati - Medico h 24 - Check-up ad-hoc in centri convenzionati - Cartella medica Online (Passaporto Medico Internazionale) - Video Consulto Medico	



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale solo per le Garanzie riportate a stampa sul Modulo di Polizza ed è prestata per i Capitali assicurati ivi indicati. Le Garanzie non hanno Carenze, le Franchigie sono riportate all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

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

Avvertenza

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

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO ALLA SEZIONE INFORTUNI

NET INSURANCE S.p.A

c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia

e-mail: claims@netinsurance.it

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

MYASSISTANCE S.R.L.

Via Raimondo Montecuccoli, 20/1, 20147 Milano

Telefono dall'Italia e dall'estero: 02 330035020

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA

- Numero verde 800 9366 63 (Contact Center)
- Sito www.netinsurance.it/wecare
- e-mail: wecare@netinsurance.it

PER INOLTARE UN RECLAMO

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



GLOSSARIO

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

Definizioni

Anno assicurativo

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

Arbitrato

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

Assicurato

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

Assicurazione

Il Contratto di Assicurazione.

Assistenza

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

Beneficiario

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

Capitale Assicurato

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

Carenza

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

Compagnia

Net Insurance S.p.A..

Contraente

Il soggetto persona fisica che stipula il Contratto di assicurazione a favore degli Assicurati e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

Contratto di Assicurazione

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a corrispondere l'Indennizzo/la Prestazione al verificarsi di un evento avverso.

Controversia

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

Danni

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

Day hospital

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

Franchigia

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

Diaria

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

Frattura

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

Garanzia

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

Indennizzo / Indennità

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

constatabili.

Infortunio stradale

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

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

Invalidità Permanente da Infortunio

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

Istituto di cura

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Parte

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di efficacia dell'Assicurazione

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

Polizza/Modulo di Polizza

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

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia per il Contratto di Assicurazione.

Prestazioni

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

Ricovero

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

Rischio

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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

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

Set Informativo

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

Sinistro

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

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli, 20/1, 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Compagnia, relativamente alle Garanzie della Sezione 2 – Assistenza alla Persona, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stesso, le Prestazioni di Assistenza previste. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con le strutture convenzionate.

Tecniche di Comunicazione a Distanza

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

Ustione

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



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Il Contraente e dell'Assicurato devono fare dichiarazioni veritiere, complete e corrette.

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

La Compagnia, infatti, ha diritto,

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

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

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

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

Art. 2 – Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato non devono comunicare se hanno altre assicurazioni che coprono gli stessi Rischi della presente Assicurazione.

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato hanno l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori e sono tenuti a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo Contratto autonomamente considerato, secondo quanto previsto dall'art. 1910 del codice civile - Assicurazione presso diversi assicuratori.

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

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

L'Assicurazione ha durata annuale.

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

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio che copre un anno di assicurazione. L'importo del Premio è scritto in Polizza.

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

Il Contraente può scegliere di suddividere il Premio annuo, in rate semestrali o mensili senza costi aggiuntivi. Il Contraente deve pagare tutte le rate dell'annualità anche se il Rischio cessa durante l'Anno assicurativo.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo la scadenza a parziale deroga dell'art. 1901 del codice civile – Mancato pagamento del Premio. L'Assicurazione riprende dalle ore 24.00 del giorno in cui avviene il pagamento. Il Contratto si chiude se la Compagnia, entro 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non richiede il pagamento. In tal caso la Compagnia ha diritto al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese sostenute come previsto dall'art. 1901 del codice civile



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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

Il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza inizia dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la volontà del Contraente di concludere il Contratto (data di effetto del Contratto). Da tale momento, la Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del Contratto, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:

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

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

Art. 5 – Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 6 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni che il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari devono fare, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere fatte per iscritto. Tali comunicazioni valgono dal momento in cui pervengono alla Compagnia, all'indirizzo della sede legale, oppure nel luogo dove è stato stipulato il Contratto.

Art. 7 – Aggravamento del Rischio

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

Art. 8 – Recesso in caso di Sinistro

Dopo la denuncia di un Sinistro e fino a 60 giorni dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente o la Compagnia possono recedere dall'Assicurazione, mandando una lettera raccomandata A.R. o una PEC (mail di posta elettronica certificata), con almeno 30 giorni di preavviso.

Se è la Compagnia a recedere, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Rischio non corso.

Art. 9 – Riduzione dei capitali assicurati

In caso di Sinistro, i Capitali assicurati con le Garanzie "Fratture ossee" e "Ustioni" si riducono di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile fino alla fine del periodo di Assicurazione in corso.

Art. 10 – Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 11 – Buona fede

Se il Contraente non comunica una circostanza aggravante il Rischio, insorta dopo la stipulazione della presente Polizza, non viene meno il diritto all'Indennizzo, se tale omissione è avvenuta in buona fede. Il Contraente dovrà, però, pagare alla Compagnia una quota di Premio maggiore proporzionale all'aumento di Rischio, a partire dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

Il Contraente deve rispettare gli obblighi previsti dalla Polizza, tranne quelli che, per loro natura, può adempiere solo l'Assicurato, come stabilisce l'articolo 1891 del codice civile che riguarda l'Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Art. 13 – Oneri fiscali

Il Contraente deve pagare gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione.

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

Art. 14 – Limite massimo dell'Indennizzo

La Compagnia non può pagare più della somma assicurata fermi i limiti e le condizioni stabiliti per ogni singola Garanzia. Fa eccezione per quanto specificato nell'articolo 1914 del codice civile (che riguarda l'Obbligo di salvataggio).

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

Tutte le Controversie relative a questa Assicurazione sono sotto la giurisdizione italiana. Se ci sono Controversie tra le Parti, bisogna provare a risolverle tramite una mediazione obbligatoria come previsto dalla legge (art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni). La mediazione ha luogo con un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Se si decide di andare in tribunale, il foro competente sarà quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 16 – Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana. Per quanto non è disciplinato in modo diverso nelle Condizioni di Assicurazione si fa riferimento alle norme di legge vigenti.

Art. 17 – Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto

Gli assicuratori/riassicuratori non possono dare copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire l'Indennità in base al Contratto, qualora tale copertura, pagamento o l'Indennità li espone a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Art. 18 – Home Insurance (Area Riservata)

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

Art. 19 – Rinvio alle norme di Legge – Glossario

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



SEZIONE 1 – INFORTUNI

COS'È ASSICURATO

Art. 20 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale, per gli Infortuni che l'Assicurato subisce mentre svolge:

- la sua attività professionale;
- di ogni altra attività esercitata non in modo professionale se relativa a: vita comune e di relazione, occupazioni familiari e domestiche, passatempi (extraprofessionale).

Sono in garanzia anche gli Infortuni derivanti da:

- negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi, a parziale deroga dell'art. 1900 codice civile;
- aggressioni, o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi ha preso parte attiva**, a parziale deroga dell'art. 1912 codice civile;
- atti di temerarietà, **solo se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa**.

Sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili:

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

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

In caso di Sinistro aereo che colpisce più Assicurati, la Compagnia non pagherà somma superiore ad Euro 5.000.000 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento.

Se gli Indennizzi complessivamente dovuti dalla Compagnia per un unico Sinistro aereo sono superiori a tale limite, ciascun Assicurato coinvolto riceverà un indennizzo ridotto in proporzione al rapporto tra la somma massima indicata ed il totale degli Indennizzi dovuti.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 21 – Limiti di età

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

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

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

Art. 22 – Modalità assuntive

La Compagnia decide di assumere il rischio in base alle dichiarazioni che il Contraente fornisce. A queste dichiarazioni si applica quanto indicato nell'art. 1 - **Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio**,



LE GARANZIE INFORTUNI

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

Art. 23 – Garanzia Morte da Infortunio

La Compagnia paga un indennizzo pari a Euro 50.000 in caso di Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato. Il pagamento è dovuto anche se la morte avviene entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e dopo la scadenza del Contratto.

La Compagnia liquida l'Indennizzo ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali fra loro.

MORTE PRESUNTA

Se, a seguito di un Infortunio coperto dall'Assicurazione, il corpo dell'Assicurato non si trova e si pensa che sia morto, la Compagnia pagherà l'indennizzo previsto per la morte alle persone che ne hanno diritto. La liquidazione avviene dopo almeno **6 mesi** dalla dichiarazione di morte presunta, come stabilito dalla legge (artt. 60 e 62 codice civile).

Se, dopo il pagamento dell'Indennizzo, si accerta che l'Assicurato è vivo, la Compagnia ha diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato può chiedere di essere indennizzato per eventuale Invalidità Permanente che ha subito.

Art. 24 – Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio

La Compagnia paga un Indennizzo in caso di Infortunio che causa un'Invalidità Permanente anche se questa si manifesta entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio. La percentuale di Invalidità Permanente è calcolata secondo i criteri stabiliti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000.

Se l'Invalidità non può essere valutata direttamente con tale tabella, si seguono questi criteri

- **se ci sono danni funzionali**, cioè riduzioni delle capacità senza perdita totale di un arto o organo, oppure danni non presenti nella tabella, l'Indennizzo viene calcolato in proporzione alla funzionalità perduta, rispettando i limiti della tabella;
- **se ci sono danni a più parti dello stesso arto** (come articolazioni o distretti anatomici), si sommano le percentuali di Invalidità Permanente per ogni parte colpita, ma senza superare il valore massimo previsto per la perdita totale di quell'arto;
- **se l'Invalidità non è prevista nella tabella**, viene comunque calcolata considerando i criteri sopra descritti e valutando la diminuzione complessiva della capacità di lavorare dell'Assicurato, indipendentemente dal suo mestiere.

Se ci sono più menomazioni a organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente si sommano, fino a un massimo del 100%.

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

IP riconosciuta	Indennizzo
Fino al 10%	nessuno
Dall'11% al 20%	€ 5.000
Dal 21% al 30%	€ 10.000
Dal 31% al 40%	€ 15.000
Dal 41% al 50%	€ 20.000
Dal 51% al 60%	€ 25.000
Dal 61%	€ 50.000

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

Art. 25 – Diaria da Ricovero da Infortunio

La Compagnia paga una Diaria di **Euro 100** per ogni giorno di degenza con pernottamento in caso di Ricovero dell'Assicurato in una struttura sanitaria in Italia a causa di un Infortunio. Non ci sono franchigie, ma è previsto **limite massimo all'indennizzo pari a 120 giorni di Diaria per Anno assicurativo**, anche se ci sono più Infortuni o Ricoveri durante lo stesso Anno assicurativo.

Inoltre, in caso di Ricovero ospedaliero causato da Infortunio stradale, sia che l'Assicurato è conducente di mezzo trasporto privato, sia se è passeggero di mezzo trasporto privato o pubblico o pedone, la diaria è pari ad Euro 200 per ogni giorno di Ricovero, **fino ad un massimo di 120 giorni**.

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

La Compagnia paga l'indennità se:

- l'Infortunio avviene nel periodo di validità del Contratto;**
- il Ricovero inizia nel periodo di validità del Contratto.**

Se al termine della copertura l'Assicurato è ancora ricoverato, la Compagnia continuerà a pagare la prestazione per tutta la durata del Ricovero, nei limiti sopra previsti.

Il Day hospital non è indennizzabile.

Art. 26 – Fratture ossee

La Compagnia paga all'Assicurato un Indennizzo di Euro 1.500 per ogni frattura ossea causata da Infortunio.

La Garanzia copre al massimo 3 fatture per Anno assicurativo, corrispondenti ad un indennizzo massimo di Euro 4.500 per Anno assicurativo.

L'Infortunio deve avvenire durante la validità della Polizza e la Frattura ossea deve essere diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio.

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

Art. 27 – Ustioni

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

La Garanzia copre al massimo 3 Ustioni per Anno assicurativo, corrispondenti ad un indennizzo massimo di Euro 4.500 per Anno assicurativo.

CHI E COSA NON È ASSICURATO

Art. 28 – Persone non assicurabili

Le persone che sono o sono state affette da:

- alcolismo, tossicodipendenza,**
- infezione da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS,**
- epilessia, Parkinson, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici**

non possono assicurarsi.

Se durante il periodo di assicurazione l'assicurato dovesse rientrare in uno dei casi che precedono, perché ciò aggrava il rischio l'assicurazione cessa. La Compagnia non è tenuta a corrispondere l'indennizzo e rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte, relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione ed il termine del periodo di Assicurazione. La compagnia si impegna ad effettuare il rimborso entro 45 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione.

Art. 29 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati da:



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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

Sono inoltre esclusi:

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITÀ

Art. 30 – Denuncia del Sinistro ed oneri relativi

In caso di Sinistro, l'Assicurato o chi ha diritto all'indennizzo deve avvisare la Compagnia entro 9 giorni da quando ne ha conoscenza. Il mancato avviso potrebbe far perdere in tutto o in parte il diritto a ricevere l'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile

Per segnalare l'Infortunio, basta inviare una comunicazione all'indirizzo della Compagnia qui indicato:

NET INSURANCE S.p.A



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia

e-mail: claims@netinsurance.it

Essa deve contenere: l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'Infortunio; una dettagliata descrizione di quanto accaduto e deve essere accompagnata da certificato medico.

Ulteriori certificati medici devono documentare il decorso delle lesioni.

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

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

La Compagnia accerta le conseguenze dell'Infortunio entro 365 da quando ha ricevuto la denuncia e comunque dopo almeno 10 giorni dalla stessa.

Se l'Assicurato muore, i beneficiari devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

L'Assicurato sostiene le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta ma non il costo della visita presso il medico fiduciario incaricato dalla Compagnia, qualora richiesta.

Art. 31 – Criteri di indennizzabilità

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

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

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

Art. 32 – Rinuncia al diritto di surrogazione

In caso d'Infortunio accaduto per responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 codice civile Surrogazione dell'assicurazione.

Art. 33 – Arbitrato

Le Controversie mediche sul diritto all'Indennizzo, sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio, sui possibili miglioramenti con cure adeguate e sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previste dall'Assicurazione possono essere affidate per iscritto a due medici, uno scelto da ciascuna Parte-

I medici si riuniscono nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino alla residenza dell'Assicurato o quello a lui preferito.

Se i medici non trovano un accordo, nominano un terzo medico. La decisione è presa a maggioranza e vale anche se uno dei medici non firma il verbale. Se una Parte non nomina il proprio medico o manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, il Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino all'Assicurato) procederà alla scelta, su richiesta della Parte più diligente

Il Collegio medico può rimandare l'accertamento definitivo dell'Invalidità permanente, se lo ritiene opportuno, e può concedere un anticipo sull'indennizzo.

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

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

Art. 34 – Cumulo di Indennizzi

Le Indennità delle Garanzie operanti si possono sommare, tranne quella per il **caso morte che non è cumulabile con**



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

quella per l'**Invalidità Permanente da Infortunio**. Tuttavia, se l'Assicurato muore entro 2 anni dall'Infortunio per cause ad esso legate, dopo aver ricevuto l'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso. Gli eredi hanno diritto a ricevere la differenza se l'Indennizzo per morte è più alto.

Art. 35 – Anticipo Indennizzi

L'Assicurato può chiedere esplicitamente un **acconto pari al 50%** di quanto potrebbe ricevere per l'**Invalidità Permanente da Infortunio**. La Compagnia riconosce l'anticipo se:

- non ci sono contestazioni sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- il grado di Invalidità Permanente stimato è uguale o superiore al 25%.

Tale anticipo è poi regolato quando si effettua la liquidazione definitiva del sinistro. Il riconoscimento dell'anticipo non indica che la Compagnia ha definito la percentuale di Invalidità Permanente da liquidare.

La Compagnia si impegna a intervenire con l'acconto trascorsi 120 giorni dall'Infortunio, e comunque fino a un massimo di Euro 50.000.

Art. 36 – Pagamento dell'Indennizzo

La Compagnia determina l'Indennizzo dovuto e ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto dopo aver controllato l'operatività delle Garanzie, la completezza della documentazione necessaria alla, e compiuto gli accertamenti necessari. La Compagnia paga l'indennizzo entro 30 giorni da quando riceve notizia della sua accettazione con atto di liquidazione firmato.

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

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

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

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

COS'È ASSICURATO

Art. 37 – Servizio di Assistenza

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

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

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

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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

02 330035020

Potrà altresì essere contattata al seguente recapito:

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

Art. 38 – Oggetto dell'Assicurazione

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

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

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

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

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

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

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

2. Fornitura di un App personalizzata utilizzabile dagli Utenti

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

3. Centrale Operativa (Concierge)

L'Assicurato può, altresì, contattare la Centrale Operativa per individuare la struttura sanitaria più adatta alle



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

proprie esigenze ed effettuare la prenotazione della prestazione richiesta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

1) Titolare del trattamento dei dati

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

2) Tipologia e fonte dei dati

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

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

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

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

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

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

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



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

interesse della Compagnia alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

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

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

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

4) Modalità del trattamento dei dati

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

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

5) Destinatari dei dati

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

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

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, la Compagnia si impegna a garantire livelli di tutela e



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Persona

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

6) Periodo di conservazione dei dati

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

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

7) Diritti dell'Interessato

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

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

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

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

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