



Protezione srl  
Sede Legale: viale Certosa, 235 – 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 – p. 1 – int. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 - fax 0423 420171  
P.iva 03689720237  
@mail: info@protezione.com

# POLIZZA CONVENZIONE PERDITA PECUNIARIA

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

<b>APPLICAZIONE</b>	l'inclusione del Mutuatario nelle prestazioni di cui alla Polizza Convenzione
<b>ASSICURATO</b>	il Mutuatario/i indicato/i nella Proposta di Adesione
<b>ASSICURAZIONE</b>	la Polizza Convenzione stipulata tra la Società ed il Contraente
<b>BANCA</b>	l'Istituto Bancario che ha erogato a beneficio dell'Assicurato il mutuo ipotecario indicato nella "Proposta di Adesione".
<b>BENEFICIARIO</b>	il soggetto a cui spetta l'indennizzo
<b>CONTRAENTE</b>	<b>PROTEZIONE S.R.L.</b> , quale soggetto che ha stipulato la Polizza Convenzione in nome e per conto di chi spetta
<b>DATORE DI LAVORO</b>	l'amministrazione pubblica o l'azienda di diritto privato presso la quale il Mutuatario figura, al momento del sinistro, quale lavoratore dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato
<b>DIMORA ABITUALE</b>	la residenza anagrafica dell'Assicurato
<b>INABILITA' TEMPORANEA</b>	la perdita temporanea, in misura totale, a seguito di infortunio, della capacità del Mutuatario ad attendere alle attività professionali esercitate.
<b>INDENNIZZO</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>INFORTUNIO</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza un'Inabilità Temporanea del Mutuatario
<b>LIMITE DI INDENNIZZO</b>	la somma massima dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>MUTUATARIO</b>	il soggetto che ha stipulato il contratto di mutuo ipotecario con la Banca
<b>PREMIO</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società
<b>PROPOSTA DI ADESIONE</b>	la richiesta del Mutuatario di volere usufruire delle prestazioni di cui alla Polizza Convenzione (Mod.002)
<b>RISCHIO</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
<b>SINISTRO</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
<b>SOCIETA'</b>	la Compagnia assicuratrice NET INSURANCE S.p.A.
<b>TIPOLOGIA "A" DI ASSICURATO</b>	il Mutuatario che, al momento del sinistro, percepisce un reddito da lavoratore dipendente derivante da contratto di lavoro a tempo indeterminato. Sono inclusi in tale categoria i soci lavoratori di cooperative
<b>TIPOLOGIA "B" DI ASSICURATO</b>	il Mutuatario che, al momento del sinistro, non rientra nella tipologia "A" di Assicurato
<b>UTENZA DOMESTICA</b>	consumo di servizi, intestati al Mutuatario, relativi alla "Dimora abituale" del Mutuatario: elettricità, riscaldamento (autonomo o centralizzato), acqua, telefonia fissa.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GENERALE**

### **Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.**

*Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.*

### **Art. 2 - Altre assicurazioni**

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni. La Società dispensa pertanto lo stesso dalla comunicazione di cui all'art. 1910 del Codice Civile.

### **Art. 3 – Durata della garanzia per ogni Assicurato**

*Per ogni singola "Applicazione", la garanzia decorre dalle ore 24.00 della data indicata nella "Proposta di Adesione" ed ha durata di dieci anni. La garanzia cessa alla fine dei dieci anni senza tacito rinnovo.*

### **Art. 4 -Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

Il premio viene corrisposto in un'unica soluzione, anticipata per tutta la durata decennale della copertura assicurativa. La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella "Proposta di Adesione" se il premio unico è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

### **Art. 5 - Pluralità di Mutuatari**

In caso di mutuo cointestato, le coperture assicurative devono intendersi automaticamente riferite a tutti gli Assicurati (con il massimo di 2 Mutuatari cointestati) indicati nella Proposta di Adesione fermi restando, comunque, i limiti di indennizzo, previsti per tale caso, dai successivi artt. 7, 16 e 17.

In alternativa, si dà facoltà ai Mutuatari di riferire le prestazioni delle garanzie ad un'unica testa, come indicato nella Proposta di Adesione, senza riduzione del limite di indennizzo previsto ai successivi artt. 7, 16 e 17.

### **Art. 6 - Accollo del Mutuatario**

In caso di liberazione del Mutuatario dalle obbligazioni derivanti dal contratto di mutuo, per accollo dello stesso a nuovo Mutuatario, previo consenso della Banca ai sensi del 2° comma dell'art. 1273 del C.C., i diritti e gli obblighi del Mutuatario uscente, derivanti dal contratto di assicurazione, vengono automaticamente trasferiti al Mutuatario entrante, salvo il caso che questi comunichi alla Società di non voler subentrare nella copertura assicurativa. In tale caso la garanzia si considererà decaduta dalle ore 24 della ricezione, da parte della Società, della comunicazione del Mutuatario entrante ed il premio assicurativo rimarrà acquisito dalla Società.

### **Art. 7 – Estinzione anticipata del mutuo**

In caso di estinzione anticipata del mutuo, da parte del Mutuatario, l'assicurazione: relativamente alla copertura "Rimborso Utenza Domestica", resta in vigore fino alla sua scadenza; relativamente alla copertura "Rimborso rate di mutuo", resta in vigore fino alla scadenza secondo le modalità di cui al seguito:

- per la garanzia di cui all'art. 16, comma a), si conviene che in caso di sinistro la Società riconoscerà all'Assicurato un indennizzo a forfait di € 5.000,00 (Euro cinquemila/00). In caso di mutuo cointestato, come indicato all'Art. 5, se nella Proposta di Adesione, la garanzia è riferita a 2 Assicurati, la Società riconoscerà a ciascun Assicurato un indennizzo a forfait di € 2.500,00 (Euro duemilacinquecento/00), se invece nella Proposta di Adesione è stata esercitata la facoltà di riferire le prestazioni ad un unico Assicurato, la Società riconoscerà allo stesso un indennizzo a forfait di € 5.000,00 (Euro cinquemila/00);
- per la garanzia di cui all'art. 16, comma b), si conviene che in caso di sinistro la Società riconoscerà all'Assicurato un indennizzo convenzionalmente ancorato ad un valore di € 500,00 (Euro cinquecento/00) in luogo dell'importo della singola rata mensile del mutuo, fermi comunque i limiti di indennizzo fissati all'art. 16, comma b) medesimo. In caso di mutuo cointestato, come indicato all'Art. 5, se nella Proposta di Adesione, la garanzia è riferita a 2 Assicurati, la Società riconoscerà a ciascun Assicurato un indennizzo ancorato ad un valore di € 250,00 (Euro duecentocinquanta/00) in luogo dell'importo della singola rata mensile del mutuo, fermi comunque i limiti di indennizzo fissati all'art. 16, comma b) medesimo, se invece nella Proposta di Adesione è stata esercitata la facoltà di riferire le prestazioni ad un unico Assicurato, la Società riconoscerà allo stesso un indennizzo ancorato ad un valore di € 500,00 (Euro cinquecento/00) in luogo dell'importo della singola rata mensile del mutuo, fermi comunque i limiti di indennizzo fissati all'art. 16, comma b) medesimo.

Resta infine convenuto tra le parti che la presente estensione di garanzia non potrà essere operante per più di 1 sinistro per tutto il periodo di durata dell'assicurazione.

### **Art. 8 - Prescrizione**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

### **Art. 9 - Rinuncia al diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del sinistro.

### **Art. 10 -Recesso in caso di sinistro**

*Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente, l'Assicurato o la Società possono recedere dalla copertura di una singola "Applicazione", dandone avviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata o fax.*

*La Società è tenuta a comunicare il proprio recesso anche all'Assicurato di cui all' "Applicazione" dalla quale si intende recedere anticipatamente.*

*In ogni caso la Società, e il Contraente restano vincolati all'osservanza della presente Polizza Convenzione per le "Applicazioni" in vigore e fino alla cessazione delle stesse.*

*Il recesso esercitato dal Contraente o dall'Assicurato ha effetto dalla data di ricevimento della lettera raccomandata o del fax.*

*Il recesso intimato dalla Società, valido solo per le coperture di singole "Applicazioni", ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della lettera raccomandata o del fax.*

*In tutti i casi, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società mette a disposizione del Contraente il premio relativo al periodo di rischio non corso della singola "Applicazione", escluse le imposte.*

### **Art. 11 – Oneri fiscali**

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

Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile al premio di assicurazione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

### **Art. 12 – Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **Art. 13 -Forma delle comunicazioni**

Ogni comunicazione tra le Parti deve essere fatta con lettera raccomandata o fax.

### **Art. 14 – Foro competente**

In caso di controversia tra le Parti, Foro competente è quello di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato

### **Art. 15 – Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto qui non regolato, valgono le norme di legge.

### **Art. 16 - Oggetto della copertura "Rimborso rate di mutuo"**

Oggetto della garanzia sono le perdite pecuniarie, direttamente o indirettamente subite dal Mutuatario, in caso di sinistro come più avanti indicato.

a) *Garanzia operante solo per tipologia "A" di Assicurato.*

Se il Mutuatario figura, al momento dell'evento più avanti indicato, soggetto di cui alla Tipologia "A" di Assicurato, si considera sinistro da "Perdita di Occupazione" la risoluzione del rapporto di lavoro del Mutuatario derivante da recesso del proprio "Datore di lavoro".

- In caso di sinistro derivante da recesso del proprio "Datore di lavoro", la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato un indennizzo pari all'importo di ogni rata mensile, già pagata alla Banca, di ammortamento del mutuo in scadenza successiva alla data del sinistro nell'arco temporale di 10 mesi, sempreché il Mutuatario compri lo status effettivo e vigente di disoccupato.

Il limite di indennizzo corrisponde ad € 10.000,00 (Euro diecimila/00).

- In caso di mutuo cointestato, come indicato all'Art. 5, se nella Proposta di Adesione, la garanzia è riferita a 2 Assicurati, la Società riconoscerà a ciascun Assicurato colpito da sinistro "Perdita di Occupazione", l'indennizzo di cui al comma precedente in misura ridotta del 50%, con il limite di € 5.000,00 (Euro cinquemila/00)
- Se invece nella Proposta di Adesione è stata esercitata la facoltà di riferire le prestazioni ad un unico Assicurato, la Società riconoscerà allo stesso l'indennizzo in misura totale con il limite di € 10.000,00 (Euro diecimila/00).

b) **Garanzia operante solo per tipologia "B" di Assicurato.**

Se il Mutuatario figura, al momento dell'evento più avanti indicato, soggetto di cui alla Tipologia "B" di Assicurato, si considera sinistro da "Inabilità temporanea da infortunio", la perdita temporanea, in misura totale, della capacità del Mutuatario ad attendere alle attività professionali esercitate, inabilità avente durata superiore a 30 giorni (compreso il giorno dell'infortunio).

- In caso di sinistro rientrante nell'oggetto dell'assicurazione, la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato un indennizzo pari all'importo di ogni rata mensile, già pagata alla Banca, di ammortamento del mutuo in scadenza successiva alla data del sinistro nell'arco temporale di 10 mesi. Il limite di indennizzo corrisponde ad € 10.000,00 (Euro diecimila/00).
- In caso di mutuo cointestato, come indicato all'Art. 5, se nella Proposta di Adesione, la garanzia è riferita a 2 Assicurati, la Società riconoscerà a ciascun Assicurato colpito da sinistro "Inabilità temporanea da infortunio", l'indennizzo di cui al comma precedente in misura ridotta del 50%, con il limite di € 5.000,00 (Euro cinquemila/00)
- Se invece nella Proposta di Adesione è stata esercitata la facoltà di riferire le prestazioni ad un unico Assicurato, la Società riconoscerà allo stesso l'indennizzo in misura totale con il limite di € 10.000,00 (Euro diecimila/00).

Le modalità di computo dell'indennizzo sono così convenute:

Inabilità superiore a giorni	n. mensilità di ammortamento del mutuo rimborsate
30	1
60	2
90	3
120	4
150	5
180	6
210	7
240	8
270	9
300	10

**Art. 17 – Oggetto della copertura "Rimborso Utenza Domestica" (sempre operante)**

Oggetto della garanzia sono le perdite pecuniarie, direttamente o indirettamente subite dal Mutuatario, in caso di sinistro come più avanti indicato.

- a) Se il Mutuatario figura, al momento dell'evento più avanti indicato, soggetto di cui alla Tipologia "A" di Assicurato, si considera sinistro da "Perdita di Occupazione" la risoluzione del rapporto di lavoro del Mutuatario derivante da recesso del proprio "Datore di lavoro".
- In caso di sinistro derivante da recesso del proprio "Datore di lavoro", la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato, semprechè comprovi lo status effettivo e vigente di disoccupato, un indennizzo pari all'importo delle fatture già pagate, relative ad "Utenze domestiche" intestate al Mutuatario in scadenza nei 10 mesi successivi alla data del sinistro. Il rimborso deve intendersi al lordo delle imposte gravanti sulle fatture. Il limite di indennizzo corrisponde ad € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00).
  - In caso di mutuo cointestato, come indicato all'Art. 5, se nella Proposta di Adesione, la garanzia è riferita a 2 Assicurati, la Società riconoscerà a ciascun Assicurato colpito da sinistro "Perdita di Occupazione", l'indennizzo di cui al comma precedente in misura ridotta del 50%, con il limite di € 750,00 (Euro settecentocinquanta/00).
  - Se invece nella Proposta di Adesione è stata esercitata la facoltà di riferire le prestazioni ad un unico Assicurato, la Società riconoscerà allo stesso, l'indennizzo in misura totale con il limite di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00).
- b) Se il Mutuatario figura, al momento dell'evento più avanti indicato, soggetto di cui alla Tipologia "B" di Assicurato, si considera sinistro da "Inabilità temporanea da infortunio", la perdita temporanea, in misura totale, della capacità del Mutuatario ad attendere alle attività professionali esercitate, inabilità avente durata superiore a 30 giorni (compreso il giorno dell'infortunio).
- In caso di sinistro rientrante nell'oggetto dell'assicurazione, la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato, un indennizzo pari all'importo delle fatture già pagate, relative ad "Utenze domestiche" intestate al Mutuatario in scadenza nei 10 mesi successivi alla data del sinistro. Il rimborso deve intendersi al lordo delle imposte gravanti sulle fatture. Il limite di indennizzo corrisponde ad € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00).
  - In caso di mutuo cointestato, come indicato all'Art. 5, se nella Proposta di Adesione, la garanzia è riferita a 2 Assicurati, la Società riconoscerà a ciascun Assicurato colpito da sinistro "Inabilità temporanea da infortunio", l'indennizzo di cui al comma precedente in misura ridotta del 50%, con il limite di € 750,00 (Euro settecentocinquanta/00).
  - Se invece nella Proposta di Adesione è stata esercitata la facoltà di riferire le prestazioni ad un unico Assicurato, la Società riconoscerà allo stesso, l'indennizzo in misura totale con il limite di € 1.500,00 (Euro millecinquecento/00).

Le modalità di computo dell'indennizzo sono così convenute:

Inabilità superiore a giorni	Fatture di utenze domestiche da rimborsare
30	Fatture emesse nei 30 giorni dopo il sinistro
60	Fatture emesse nei 60 giorni dopo il sinistro
90	Fatture emesse nei 90 giorni dopo il sinistro
120	Fatture emesse nei 120 giorni dopo il sinistro
150	Fatture emesse nei 150 giorni dopo il sinistro
180	Fatture emesse nei 180 giorni dopo il sinistro
210	Fatture emesse nei 210 giorni dopo il sinistro
240	Fatture emesse nei 240 giorni dopo il sinistro
270	Fatture emesse nei 270 giorni dopo il sinistro
300	Fatture emesse nei 300 giorni dopo il sinistro

**Art. 18 - Esclusioni di garanzia "Perdita di occupazione"**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera a) e art. 17, lettera a), sono esclusi dalla garanzia assicurativa i casi di risoluzione del rapporto di lavoro derivanti da:

- dimissioni del Mutuatario, comprese le dimissioni concordate e/o incentivate;
- pensionamento del Mutuatario.
- decesso del Mutuatario.

Non è considerata risoluzione del rapporto di lavoro del Mutuatario:

a) l'assegnazione a Cassa Integrazione Guadagni, ordinaria o straordinaria, l'aspettativa, la sospensione dal servizio;

b) la variazione, senza soluzione di continuità, del Datore di Lavoro, derivante da:

- cessione di azienda o di ramo di azienda;
- scissione, fusione o incorporazione di azienda;
- trasformazione societaria;
- trasferimento tra aziende controllanti/controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 del C.C.;
- cessione o subentro in appalto o subappalto;
- mobilità tra enti pubblici;

c) la cessazione del rapporto di lavoro, durante o alla fine del periodo prova;

d) la scadenza naturale di:

- contratto di lavoro stagionale;
- contratto di lavoro a tempo determinato

La garanzia è esclusa in caso di:

- licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo;
- contratto di lavoro stipulato con società di "sommministrazione di lavoro" ai sensi dell'art. 20 e seguenti del Decreto Legislativo n. 276 del 10.09.2003 e successive modifiche;
- contratto di lavoro a progetto di cui all'art. 61 e seguenti del Decreto Legislativo n. 276 del 10.09.2003 e successive modifiche;
- qualsiasi fattispecie di lavoro autonomo, ancorché caratterizzato da collaborazione coordinata e continuativa;
- contratto di collaborazione occasionale;
- contratto di formazione e lavoro, tirocinio, stage;
- contratto di apprendistato di cui all'art. 47 e seguenti del Decreto Legislativo n. 276 del 10.09.2003 e successive modifiche;
- contratto di inserimento di cui all'art. 54 e seguenti del Decreto Legislativo n. 276 del 10.09.2003 e successive modifiche.

**Art. 19 – Definizione di infortunio di cui alla garanzia "Inabilità temporanea da infortunio"**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera b) e art. 17, lettera b), è considerato infortunio in garanzia l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Sono comunque considerati indennizzabili:

- a) le conseguenze dei colpi di sole o di calore;
- b) l'assideramento o il congelamento;
- c) l'asfissia per fuga di gas o di vapori;
- d) l'annegamento e folgorazione;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute a stati di ubriachezza; dall'uso di psicofarmaci nonché dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogene non prescritte per uso terapeutico;
- f) le infezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, escluse, la malaria e le malattie tropicali;
- g) gli infortuni sofferti in conseguenza di colpa grave, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato;
- h) gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- i) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana, in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte.

**Art. 20 - Esclusioni di garanzia "Inabilità temporanea da infortunio"**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera b) e art. 17, lettera b), sono esclusi dalla garanzia assicurativa gli infortuni derivanti da :

- a) da guerra, insurrezioni, eruzioni vulcaniche;
- b) da ubriachezza, da abuso di psico-farmaci nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni non prescritti per uso terapeutico;
- c) da reati dolosi commessi o tentati dal Mutuatario o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- d) da conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- e) da conseguenze delle infezioni che non abbiano causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'art. 20, lettera f);
- f) da conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- g) dall'uso, in qualità di pilota o di membro dell'equipaggio, di mezzi subacquei o aerei;
- h) dalla pratica di paracadutismo, sport aerei in genere, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce oltre il terzo grado, o con accesso a ghiacciai;
- i) dalla pratica, anche a carattere non professionale, di: arti marziali, pugilato, atletica pesante;
- j) dalla pratica professionale di: hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica;
- m) dalla partecipazione, quale pilota o membro dell'equipaggio, a competizioni o gare automobilistiche /motociclistiche/motonautiche.

Non sono considerati infortuni e non sono quindi indennizzabili:

- gli infarti e ictus;
- le ernie, di qualsiasi tipo o localizzazione.

**Art. 21 - Persone non assicurabili per la garanzia "Inabilità temporanea da infortunio"**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera b) e art. 17, lettera b), non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindrome organica cerebrale, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'insorgenza in corso di contratto delle affezioni sopra elencate costituisce aggravamento del rischio ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 del Codice Civile.

**Art. 22 - Limite di età per la garanzia "Inabilità temporanea da infortunio"**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera b) e art. 17, lettera b), l'inclusione nella presente Assicurazione, può avvenire esclusivamente per le persone di età non superiore a 65 anni.

**Art. 23 - Validità territoriale della garanzia "Inabilità temporanea da infortunio"**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera b) e art. 17, lettera b), l'assicurazione è valida in tutto il mondo

**Art. 24 - Denuncia di sinistro "Perdita di occupazione" e obblighi relativi**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera a) e art. 17, lettera a), in caso di sinistro, il Mutuatario deve darne avviso alla Società entro 10 giorni da quando ne ha avuto possibilità.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia di sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

A tale avviso deve fare seguito la seguente documentazione:

in caso di risoluzione del rapporto di lavoro del Mutuatario per recesso del relativo "Datore di lavoro"

- documentazione comprovante l'appartenenza del Mutuatario alla Tipologia "A";
- evidenza probatoria del titolo di risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato;
- certificazione dello status effettivo e vigente di disoccupato, nel periodo di scadenza di pagamento delle rate di mutuo o delle fatture di utenza domestica in garanzia;

Il Mutuatario deve fornire alla Società :

- ai fini dell'indennizzo di cui all'Art. 16, lettera a): evidenza probatoria dell'avvenuto pagamento alla Banca delle rate di ammortamento del mutuo in garanzia;
- ai fini dell'indennizzo di cui all'Art. 17, lettera a): evidenza probatoria dell'avvenuto pagamento delle fatture di "Utenza domestica" in garanzia e "Certificato di residenza" del Mutuatario.

Il Mutuatario deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

La Società si obbliga ad utilizzare le informazioni assunte esclusivamente per l'esecuzione e l'interpretazione del contratto di assicurazione, nel rispetto della normativa della Legge 196 del 30.06.2003.

**Art. 25 - Denuncia di sinistro "Inabilità temporanea da infortunio" ed obblighi relativi**

Con riferimento a quanto indicato ai precedenti art. 16, lettera b) e art. 17, lettera b), il Mutuatario deve darne avviso alla Società entro 10 giorni da quando ne ha avuto possibilità.

La denuncia deve essere corredata di certificato medico, narrazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia di sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Il Mutuatario deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

All'avviso di sinistro deve fare seguito:

- documentazione comprovante l'appartenenza del Mutuatario alla Tipologia "B" ed evidenza probatoria dell'attività professionale esercitata dal Mutuatario;
- ai fini dell'indennizzo di cui all'Art. 16, lettera b): evidenza probatoria dell'avvenuto pagamento alla Banca delle rate di ammortamento del mutuo in garanzia;
- ai fini dell'indennizzo di cui all'Art. 17, lettera b): evidenza probatoria dell'avvenuto pagamento delle fatture di "Utenza domestica" in garanzia e "Certificato di residenza" del Mutuatario.

**Art. 26 – Controversie relative al sinistro “Inabilità temporanea da infortunio”**

Laddove figure divergenze sulla natura, durata o sulla liquidabilità dell'indennizzo, le Parti hanno la facoltà di conferire, con atto in forma scritta, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma o nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell' Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio risiede, a scelta dell'Assicurato, nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o nel comune della sede legale della Società.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio, da redigersi in apposito verbale, sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le Parti le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo o violazione di patti contrattuali.

Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

**Art. 27 - Criteri di indennizzabilità del sinistro “Inabilità temporanea da infortunio”**

La Società liquida l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

**Art. 28 - Pagamento degli indennizzi per ogni forma di garanzia**

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento dello stesso entro giorni 30 dal ricevimento dell'atto di liquidazione sottoscritto dall'assicurato o, nel caso di controversia entro 30 giorni dalla firma del verbale definitivo del Collegio dei Medici così come indicato nell'art. 26. In caso di controversia giudiziale il termine per il pagamento dell'Indennizzo decorre dalla sentenza di accoglimento delle richieste dell'Assicurato o degli aventi diritto.

**Art. 29 – Acconto indennizzi**

Il Beneficiario ha diritto di richiedere alla Società, prima della liquidazione integrale dell'indennizzo, il pagamento di un acconto pari al 100% dell'importo che dovrebbe essere pagato in base alle risultanze acquisite, come da precedente art. 28, dopo tre mesi dalla data del sinistro a condizione, comunque, che non siano insorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro.

In sede di sottoscrizione della “Proposta di Adesione”, l'Assicurato ha dichiarato di approvare specificamente, ai sensi dell'artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti norme:

**Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.**

**Art. 3 – Durata della garanzia per ogni Assicurato**

**Art. 10 - Recesso in caso di sinistro**

**Art. 18 e 20 - Esclusioni di garanzia**

**Art. 21 - Persone non assicurabili**

**Art. 22 - Limite di età**

**Art. 24 e 25 - Denuncia di sinistro**

Obblighi di informativa precontrattuale ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07.9.2005 e della Circolare ISVAP n. 303 del 2.6.1997 e successive integrazioni. La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. L'Assicurato ha facoltà di presentare reclamo all' ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) – Sezione Reclami, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma. Il presente contratto è stipulato con la Compagnia assicuratrice NET INSURANCE S.p.A., con sede legale in Italia ed il testo delle Condizioni di Assicurazione è conforme all'originale mod. 01.154 facente parte della Polizza Convenzione stipulata dalla Contraente con la Società e depositato presso gli uffici della Contraente, della Società e del Broker.

L'Assicurato ha ricevuto, in sede di sottoscrizione della “Proposta di Adesione”, la Nota Informativa relativa alla Compagnia assicuratrice.



Protezione srl  
Sede Legale: viale Certosa, 235 – 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 – p. 1 – inf. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 - fax 0423 420171  
P.iva 03689720237  
@mail: info@protezione.com

# NOTA INFORMATIVA POLIZZA PERDITA PECUNIARIA

**INFORMATIVA RESA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE AI SENSI DELL'ART. 185 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 209 DEL 7.9.2005 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICHE.**

La NET INSURANCE S.p.A. fornisce preventivamente all'interessato, ai sensi di legge, le seguenti informazioni.

## **INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA**

Il contratto di assicurazione sarà concluso con Net Insurance S.p.A., con sede legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici, 40 -00194 Roma, Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami di cui ai provvedimenti ISVAP n. 01756 del 18.12.2000, n. 2131 del 4.12.2002 e n. 2444 del 10.07.2006, iscrizione Albo Isvap delle Imprese n. 1.00136.

## **INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Legislazione applicabile: **il contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.**

### **Reclami**

Eventuali reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale -segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto -devono essere inoltrati per iscritto a:

**Net Insurance S.p.A.**

**Ufficio Reclami**

**Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00194 Roma**

**Fax 06 36724.800 – E-mail: info@netinsurance.it**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42133000, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Devono essere inoltrati direttamente all'ISVAP:

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7.9.2005 n. 252 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;
- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6.9.2005 n. 206 (vendita a distanza).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative ed i reclami per i quali sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Nei presentare il reclamo all'ISVAP -da inoltrare presso il Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 – occorre:

- indicare nome, cognome, indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- indicare il soggetto o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrivere sinteticamente i motivi della lamentela;
- allegare copia del reclamo presentato all'Assicuratore e copia dell'eventuale riscontro fornito da questo;
- allegare ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Termini prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

**SI RICHAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI ARTICOLI CONCERNENTI I RISCHI ASSICURATI E QUELLI ESCLUSI, GLI EVENTUALI LIMITI DI INDENNIZZO, GLI OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO, IL RECESSO DELLE PARTI, LA DURATA DEL CONTRATTO.**

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs n° 196/2003 (più avanti denominato "Legge") ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n° 303 del 2 giugno 1997**

Con l'entrata in vigore della "Legge", recante disposizioni per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, la NET INSURANCE S.p.A. (più avanti denominata "Assicuratore") è tenuto a fornire all'Assicurato le seguenti informazioni:

### **1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di conclusione, gestione / esecuzione dei contratti e di gestione / liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa a cui l'Assicuratore è autorizzato ai sensi di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dell'Assicuratore stesso.

### **2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

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

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4 della "Legge";
- 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 soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi in qualità di responsabili del trattamento.

### **3. CONFERIMENTO DEI DATI**

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria;
- b) strettamente necessario per l'Assicuratore per le finalità di conclusione, gestione / esecuzione dei contratti e di gestione / liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento delle attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

#### **4. RIFIUTO DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI**

L'eventuale rifiuto di fornire i dati personali, ovvero di acconsentire al loro trattamento e/o alla loro comunicazione, comporta:

- nei casi di cui al punto 3, lettera a) e b), l'impossibilità di concludere o eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire / liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lettera c), la preclusione, nei confronti dell'interessato, di accedere all'informazione ed alla promozione dei prodotti assicurativi offerti dall'Assicuratore.

#### **5. COMUNICAZIONE DEI DATI**

- a) I dati personali possono essere comunicati -per le finalità di cui al punto 1, lettera a) e per essere soggetti a trattamenti aventi le stesse finalità od obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali riassicuratori (SWISS REINSURANCE COMPANY – Rappresentanza per l'Italia), intermediari di assicurazione, istituti bancari, intermediari finanziari, legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidati incarichi di gestione dei sinistri, società di recupero crediti, società di servizi informatici, di archiviazione e di recapito; enti associativi (ad es.: ANIA), enti di controllo (ISVAP, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria.
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lettera b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a società di informazione e promozione commerciale.

#### **6. DIFFUSIONE DEI DATI**

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

#### **7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

I dati personali possono essere trasferiti verso paesi U.E. ed extra U.E. .

#### **8. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'art. 7 della "Legge" conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

#### **9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento è NET INSURANCE S.p.A. con sede in Via dei Giuochi Istmici, 40, 00194 Roma. L'elenco dei nominativi dei "Responsabili" del trattamento è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.



Protezione srl  
Sede Legale: Viale Certosa, 235 – 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 – p. 1 – Inf. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 - fax 0423 420171  
P.iva 03669720237  
Email: info@protezionesi.com

# POLIZZA CONVENZIONE INFORTUNIO

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per :

<b>APPLICAZIONE</b>	l'inclusione dell'Assicurato nelle prestazioni di cui alla Polizza Convenzione
<b>ASSICURATO</b>	il Mutuatario/i indicato/i nella Proposta di Adesione
<b>ASSICURAZIONE</b>	la Polizza Convenzione stipulata tra la Società ed il Contraente
<b>BENEFICIARIO</b>	il soggetto a cui spetta l'indennizzo
<b>CONTRAENTE</b>	<b>PROTEZIONE S.R.L.</b> , quale soggetto che ha stipulato la Polizza Convenzione in nome e per conto di chi spetta
<b>INDENNIZZO</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>INFORTUNIO</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente pari o superiore al 60%.
<b>ISTITUTO EROGANTE</b>	l'Istituto che ha erogato a beneficio dell'Assicurato il mutuo ipotecario/finanziamento indicato nella Proposta di Adesione
<b>MUTUATARIO</b>	il soggetto che ha stipulato il contratto di mutuo ipotecario, o di altro finanziamento.
<b>PREMIO</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società
<b>PROPOSTA DI ADESIONE</b>	la richiesta dell'Assicurato/i di volere usufruire delle prestazioni di cui alla Polizza Convenzione (Mod. 002)
<b>RISCHIO</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
<b>SINISTRO</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
<b>SOCIETA'</b>	la Compagnia assicuratrice NET INSURANCE S.p.A.
<b>TABELLA INAIL</b>	tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente da infortunio conforme all'Allegato 1 della Legge degli infortuni sul lavoro del 30/06/1965 n.1124 - INAIL

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GENERALE

### Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

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 nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

### Art. 2 - Altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi rischi garantiti dalla presente Assicurazione. La Società dispensa pertanto l'Assicurato dalla comunicazione di cui all'art. 1910 del Codice Civile.

### Art. 3 – Durata della garanzia per ogni Assicurato

Per ogni singola "Applicazione", la garanzia decorre dalle ore 24.00 della data indicata nella "Proposta di Adesione" ed ha durata di dieci anni. La garanzia cessa alla fine dei dieci anni senza tacito rinnovo.

### Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio viene corrisposto in un'unica soluzione, anticipata per tutta la durata decennale della copertura assicurativa. La garanzia decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella "Proposta di Adesione" se il premio unico è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

### Art. 5 - Pluralità di Mutuatari

In caso di mutuo cointestato, le coperture assicurative devono intendersi automaticamente riferite a tutti gli Assicurati (con il massimo di 2 Mutuatari cointestati) indicati nella Proposta di Adesione fermi restando, comunque, i limiti di indennizzo, previsti per tale caso, dal successivo art. 21.

In alternativa, si dà facoltà ai Mutuatari di riferire la prestazione della garanzia ad un'unica testa, come indicato nella Proposta di Adesione, senza riduzione del limite di indennizzo previsto al successivo art.21.

### Art. 6 - Modifiche dell' Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

### Art. 7 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio di Assicurazione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente.

### Art. 8- Forma delle comunicazioni

Ogni comunicazione tra le Parti deve essere fatta per lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite Fax.

### Art. 9 - Prova

E' a carico di chi richiede l'Indennizzo provare che sussistono gli elementi che valgono a costituire il suo diritto all'Indennizzo.

### Art. 10 - Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

### Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le Parti, Foro competente è quello di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

### Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

## NORME RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

### Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione garantisce l'Assicurato/i indicato/i nella Proposta di Adesione, nei termini più avanti indicati, per gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività professionali e di ogni altra attività che non abbia carattere professionale e che abbiano per conseguenza la MORTE o l'INVALIDITA' PERMANENTE pari o superiore al 60%.

### Art. 14 - Definizione di infortunio

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente pari o superiore al 60%.

Sono comunque considerati indennizzabili:

- le conseguenze dei colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o il congelamento;
- l'asfissia per fuga di gas o di vapori;
- l'annegamento
- la folgorazione;
- le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute a stati di ubriachezza, dall'uso di psicofarmaci, e dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- le conseguenze delle infezioni (escluse malaria e malattie tropicali) e degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di colpa grave, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato;
- gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana, in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte.

### Art. 15 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- da guerra, insurrezioni, terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, tsunami, alluvioni e inondazioni;
- da ubriachezza; da abuso di psico-farmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni
- da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- da conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- da conseguenze delle infezioni che non abbiano causa diretta ed esclusiva una lesione ai sensi dell'art. 13, lettera g);
- da conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- dall'uso, in qualità di pilota o di membro dell'equipaggio, di mezzi subacquei o aerei;
- dalla pratica di paracadutismo, sport aerei in genere, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o con accesso a ghiacciai;
- dalla pratica, anche a carattere non professionale, di arti marziali, pugilato, atletica pesante;
- dalla pratica, non avente carattere ricreativo, di: hockey, basket, volley, calcio, rugby, football americano, sci, bob, ciclismo, ippica;
- dalla partecipazione, quale pilota o membro dell'equipaggio, ad allenamenti, a competizioni o gare automobilistiche / motociclistiche/ motonautiche;

Non sono considerati Infortuni e non sono quindi indennizzabili:

- gli infarti e ictus;
- le ernie, di qualsiasi tipo o localizzazione

### Art. 16 - Limite di età

L'inclusione nella presente Assicurazione, può avvenire esclusivamente per le persone di età non superiore a 65 anni.

#### **Art. 17 - Persone non assicurabili**

*Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindrome organica cerebrale, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza e fermo l'obbligo della Società di restituire al Contraente la parte di rata di Premio, pagata e non goduta, al netto delle imposte.*

#### **Art. 18 - Rischio volo**

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri, esclusi i casi di velivoli ed elicotteri gestiti da aeroclubs.

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

Resta convenuto che in caso di sinistro aereo che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo della Società non potrà comunque superare la somma di € 1.550.000,00 (€ Unmilionecinquecentocinquantamila/00) per tutti gli indennizzi riconducibili allo stesso evento. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti dalla Società per il medesimo sinistro aereo eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli indennizzi dovuti.

#### **Art. 19 - Infortuni occorsi durante il servizio militare**

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva, o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. E' considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

In caso di arruolamento volontario per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale, l'assicurazione non opera per i rischi di guerra, guerriglia, esercitazioni tattiche ed operazioni militari in genere.

#### **Art. 20 - Guerra**

L'Assicurazione si intende estesa agli Infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli Infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, nello Stato della Città del Vaticano e nella Repubblica di S. Marino.

#### **Art. 21 - Somma assicurata**

L'assicurazione viene prestata dalla Società per il caso morte e per il caso di invalidità permanente pari o superiore al 60% per la somma indicata nella Proposta di Adesione. L'indennizzo per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con l'indennizzo per il caso morte.

In caso di mutuo intestato a più persone fisiche, la somma assicurata riferita a ciascun Assicurato, si calcola dividendo in parti uguali la somma assicurata indicata nella Proposta di Adesione, per il numero degli Assicurati indicati nella Proposta di Adesione (con il massimo di 2 Mutuatari cointestati), fatta salva la facoltà, all'atto della sottoscrizione della Proposta di Adesione di poter riferire la prestazione della garanzia ad un'unica testa come indicato all'Art. 5.

La somma assicurata è pari al capitale iniziale del contratto di Mutuo/Finanziamento con il limite di € 200.000,00 (Euro Duecentomila/00).

#### **Art. 22 – Garanzia morte**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione - entro un anno dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la capitale assicurato. L'indennizzo viene liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali. L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'Invalidità Permanente. Tuttavia se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i Beneficiari dell'Indennizzo non sono tenuti ad alcun rimborso mentre hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte -se superiore- e quello già pagato per l'Invalidità Permanente.

#### **Art. 23 - Morte presunta**

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento, naufragio e incidente di mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'Indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie di vita sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Assicurazione

#### **Art. 24 - Garanzie assicurate : caso invalidità permanente pari o superiore al 60%**

Per Invalidità Permanente si intende la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato pari o superiore al 60%, e questa si verifichi -anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione -entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida all'Assicurato l'intera somma assicurata.

Ai fini del calcolo del grado di invalidità permanente si fa riferimento alla Tabella INAIL al momento del verificarsi dell'infortunio.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalle tabelle vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso infortunio, l'invalidità viene stabilita mediante l'adozione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino al limite massimo del 100%. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella, INAIL, l'invalidità è stabilita tenendo conto della diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione effettivamente esercitata al momento del sinistro.

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con l'indennizzo per il caso morte.

#### **Art. 25 – Obblighi in caso di sinistro**

*In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso alla Società entro 20 giorni da quando ne hanno avuto possibilità.*

*La denuncia deve essere corredata di certificato medico e deve contenere narrazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.*

*L'Assicurato deve: sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e documentazione, produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.*

*In caso di morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.*

*L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.*

*La Società si obbliga ad utilizzare le informazioni assunte esclusivamente per l'esecuzione e l'interpretazione del contratto di assicurazione, nel rispetto della normativa del D. Lgs del 30.6.2003 n. 196.*

#### **Art. 26 - Criteri di indennizzabilità**

La Società liquida l'Indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio, che risulti indennizzabile a termini delle condizioni di assicurazione, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per l'invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette 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 caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali, di cui alla Tabella INAIL, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

#### **Art. 27 – Liquidazione e pagamento dell'indennizzo**

Ricevuta e controllata la necessaria documentazione, la Società liquida l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'Atto di Liquidazione o, nel caso di controversia entro 30 giorni dalla firma del verbale definitivo del Collegio dei Medici così come indicato nell'art. 29. In caso di controversia giudiziale il termine per il pagamento dell'Indennizzo decorre dalla sentenza di accoglimento delle richieste dell'Assicurato o degli aventi diritto.

Sono a carico della Società le sole spese relative al medico fiduciario nominato dalla stessa ai fini della valutazione del Sinistro.

#### **Art. 28 - Rinuncia al diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad esercitare il diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

**Art. 29 – Controversie**

*In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente nonché sulla liquidabilità dell'Indennizzo, le Parti hanno la facoltà di conferire, con atto in forma scritta, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'Indennizzo a norma o nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, ad un Collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo delle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell' Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio risiede, a scelta dell' Assicurato, nel comune sede di istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o nel comune di residenza dell'Assicurato stesso. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo.*

*Le decisioni del Collegio, da redigersi in apposito verbale, sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le Parti le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo o violazione di patti contrattuali. Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.*

In sede di sottoscrizione della "Proposta di Adesione", l'Assicurato ha dichiarato di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti norme:

**Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

**Art. 3 – Durata della garanzia per ogni Assicurato**

**Art. 15 - Rischi esclusi dall'assicurazione**

**Art. 16 - Limite di età**

**Art. 17 - Persone non assicurabili**

**Art. 25 – Obblighi in caso di sinistro**

**Art. 29 – Controversie**

Obblighi di informativa precontrattuale ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07.9.2005 e della Circolare ISVAP n. 303 del 2.6.1997 e successive integrazioni.

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. L'Assicurato ha facoltà di presentare reclamo all' ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) – Sezione Reclami, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma. Il presente contratto è stipulato con la Compagnia assicuratrice NET INSURANCE S.p.A., con sede legale in Italia, ed il testo delle Condizioni di Assicurazione è conforme all'originale mod. 01.155 facente parte della Polizza Convenzione stipulata dal Contraente con la Società e depositato presso gli uffici della Contraente, della Società e del Broker.

L'Assicurato ha ricevuto, in sede di sottoscrizione della "Proposta di Adesione", la Nota Informativa relativa alla Compagnia assicuratrice.



Protezione srl  
Sede Legale: Viale Certosa, 235 – 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 – p. 1 – Int. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 - fax 0423 420171  
P.fva 03689720237  
Email: info@protezionestl.com

# NOTA INFORMATIVA POLIZZA INFORTUNIO

## **INFORMATIVA RESA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE AI SENSI DELL'ART. 185 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 209 DEL 7.9.2005 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICHE.**

La NET INSURANCE S.p.A. fornisce preventivamente all'interessato, ai sensi di legge, le seguenti informazioni.

### **INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA**

Il contratto di assicurazione sarà concluso con Net Insurance S.p.A., con sede legale in Italia, Via dei Giuochi Istmici, 40 -00194 Roma, Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami di cui ai provvedimenti ISVAP n. 01756 del 18.12.2000, n. 2131 del 4.12.2002 e n. 2444 del 10.07.2006, iscrizione Albo Isvap delle Imprese n. 1.00136.

### **INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Legislazione applicabile :Il contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

### **Reclami**

Eventuali reclami aventi oggetto la gestione del rapporto contrattuale -segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto -devono essere inoltrati per iscritto a:

**Net Insurance S.p.A.**

**Ufficio Reclami**

**Via dei Giuochi Istmici, 40 – 00194 Roma**

**Fax 06 36724.800 – E-mail: info@netinsurance.it**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42133000, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.

Devono essere inoltrati direttamente all'ISVAP:

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7.9.2005 n. 252 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;
- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6.9.2005 n. 206 (vendita a distanza).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative ed i reclami per i quali sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Nel presentare il reclamo all'ISVAP -da inoltrare presso il Servizio Tutela Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 – occorre:

- indicare nome, cognome, indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- indicare il soggetto o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrivere sinteticamente i motivi della lamentela;
- allegare copia del reclamo presentato all'Assicuratore e copia dell'eventuale riscontro fornito da questo;
- allegare ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Termini prescrizionali

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

**SI RICHAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI ARTICOLI CONCERNENTI I RISCHI ASSICURATI E QUELLI ESCLUSI, GLI EVENTUALI LIMITI DI INDENNIZZO, GLI OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO, IL RECESSO DELLE PARTI, LA DURATA DEL CONTRATTO.**

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs n° 196/2003 (più avanti denominato "Legge") ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n° 303 del 2 giugno 1997**

Con l'entrata in vigore della "Legge", recante disposizioni per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, la NET INSURANCE S.p.A. (più avanti denominata "Assicuratore") è tenuto a fornire all'Assicurato le seguenti informazioni:

### **1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di conclusione, gestione / esecuzione dei contratti e di gestione / liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa a cui l'Assicuratore è autorizzato ai sensi di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dell'Assicuratore stesso.

### **2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

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

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4 della "Legge";
- 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 soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi in qualità di responsabili del trattamento.

### **3. CONFERIMENTO DEI DATI**

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria;
- b) strettamente necessario per l'Assicuratore per le finalità di conclusione, gestione / esecuzione dei contratti e di gestione / liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento delle attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

#### **4. RIFIUTO DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI**

L'eventuale rifiuto di fornire i dati personali, ovvero di acconsentire al loro trattamento e/o alla loro comunicazione, comporta:

- nei casi di cui al punto 3, lettera a) e b), l'impossibilità di concludere o eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire / liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lettera c), la preclusione, nei confronti dell' interessato, di accedere all' informazione ed alla promozione dei prodotti assicurativi offerti dall'Assicuratore.

#### **5. COMUNICAZIONE DEI DATI**

- c) I dati personali possono essere comunicati -per le finalità di cui al punto 1, lettera a) e per essere soggetti a trattamenti aventi le stesse finalità od obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali riassicuratori (SWISS REINSURANCE COMPANY – Rappresentanza per l'Italia), intermediari di assicurazione, istituti bancari, intermediari finanziari, legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidati incarichi di gestione dei sinistri, società di recupero crediti, società di servizi informatici, di archiviazione e di recapito; enti associativi (ad es.: ANIA), enti di controllo (ISVAP, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria.
- d) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lettera b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a società di informazione e promozione commerciale.

#### **6. DIFFUSIONE DEI DATI**

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

#### **7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

I dati personali possono essere trasferiti verso paesi U.E. ed extra U.E. .

#### **8. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'art. 7 della "Legge" conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

#### **9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento è NET INSURANCE S.p.A. con sede in Via dei Giuochi Istmici, 40, 00194 Roma. L'elenco dei nominativi dei "Responsabili" del trattamento è disponibile presso la sede dell'Assicuratore.



Protezione srl  
Sede Legale: viale Certosa, 235 - 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 - p. 1 - int. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 - fax 0423 420171  
P.Iva 03689720237  
@mail: info@protezionerfi.com

# POLIZZA CONVENZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

<b>ASSICURATO:</b>	il Mutuatario
<b>ASSICURAZIONE:</b>	la Polizza Convenzione stipulata tra la Società ed il Contraente
<b>CONTRAENTE:</b>	PROTEZIONE S.R.L., quale soggetto che ha stipulato la Polizza Convenzione in nome e per conto di chi spetta
<b>PROPOSTA DI ADESIONE</b>	la richiesta del Mutuatario di volere usufruire delle prestazioni di cui alla Polizza Convenzione (Mod.002)
<b>INDENNIZZO:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>INFORTUNIO:</b>	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
<b>INVALIDITA' PERMANENTE:</b>	l'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'Assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
<b>INSORGENZA:</b>	inizio, ancorché a sintomatico, della malattia.
<b>MALATTIA:</b>	ogni obiettabile alterazione dello stato di salute dovuta a cause patologiche organiche naturali, non connesse ad infortunio.
<b>MALATTIE/CONDIZIONI MENOMATICHE COESISTENTI:</b>	malattie od invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi.
<b>MALATTIE/CONDIZIONI MENOMATICHE CONCORRENTI:</b>	malattie od invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.
<b>MANIFESTAZIONE:</b>	sintomatologia oggettiva della malattia.
<b>POLIZZA:</b>	il documento che prova l'assicurazione.
<b>PREMIO:</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>SINISTRO:</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
<b>SOCIETA' - AXA:</b>	AXA ASSICURAZIONI e INVESTIMENTI S.p.A.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE GENERALE

### Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

### Art. 2 Altre Assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto ad AXA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 C.C.

AXA, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Tuttavia il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

### Art. 3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Fermi i termini di aspettativa previsti dall'Art. 12 – "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa", delle Norme che regolano l'assicurazione malattia, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

### Art. 4 Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### Art. 5 Oneri fiscali

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

### Art. 6 Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Resta fermo il disposto di cui all'Art. 1469 bis C.C., qualora applicabile.

### Art. 7 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. Il presente contratto si riferisce in particolare alle norme dell'assicurazione contro i danni di cui al Capo XX – Sezione II del Codice Civile.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA

### Art. 8 Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente, causata da malattia, che abbia per conseguenza una invalidità riduttiva in modo permanente della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado superiore al 50 % della totale inforta e manifestata entro 10 anni dalla data di ingresso in garanzia, fermi i termini di aspettativa di cui al successivo Art. 12 – "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa".

La liquidazione dell'indennizzo avverrà in base a quanto disposto dal successivo Art. 12 – "Criteri di indennizzabilità e di liquidazione".

### Art. 9 Somma Assicurata

L'indennizzo viene conteggiato sulla somma assicurata di **100.000,00 euro (euro centomila/00)** in base alle percentuali e alle disposizioni seguenti:

- fino al 50° grado di invalidità permanente da malattia accertato: nessun indennizzo;
- oltre al 50° e fino al 66° grado di invalidità permanente da malattia accertato: verrà liquidata la pari percentuale sulla somma assicurata;
- oltre il 66° grado accertato verrà liquidata l'intera somma assicurata.

### Art. 10 Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia è valida:

- dalle ore 24 del 60° giorno successivo alla data di ingresso in garanzia per le malattie insorte dopo tale termine;
- dalle ore 24 del 180° giorno successivo alla data di ingresso in garanzia per le malattie insorte precedentemente al termine di cui al sopraindicato capoverso non note all'Assicurato all'atto della stipula della presente polizza, purché manifestatesi dopo il 180° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione.

### Art. 11 Criteri di indennizzabilità e di liquidazione

AXA corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o invalidità preesistenti alla stipula della polizza, oltre a quanto disposto dal successivo Art. 16 – "Persone non assicurabili", sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti e/o concorrenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia liquidate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi che la malattia colpisca un soggetto già menomato, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione.

Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso il termine di 12 mesi dalla denuncia, elevato a 18 mesi per patologie di natura neoplastica, ed entro un termine massimo di 24 mesi, anche nel caso in cui non siano stabilizzati gli esiti della malattia.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo le tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni.

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni, la valutazione verrà liquidata l'intera somma assicurata.

## LE LIMITAZIONI

### Art. 12 Limiti territoriali

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Le valutazioni di cui al precedente Art. 13 – "Criteri di indennizzabilità e di liquidazione", vanno eseguite esclusivamente in Italia.

### Art. 13 Persone non assicurabili – Limite d'età

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi, nonché le persone affette da epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

L'assicurazione vale fino al compimento del 65° anno di età: l'ingresso in copertura non può avvenire oltre al compimento del 55° anno.

### Art. 14 Esclusioni

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art. 12 – "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa", sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti conseguenti a:

- a) malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza della polizza e note all'Assicurato (anche eventualmente non emerse dalle dichiarazioni della "Scheda questionario");
- b) abuso di alcolici o ad uso, a scopo terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche;
- d) guerre e insurrezioni;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche non effettuati sotto il diretto controllo medico;
- f) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- g) positività H.I.V. e A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- h) atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti,
- i) patologie determinate da influenze elettro-magnetiche.

## IL SINISTRO

### Art. 15 Denuncia della Malattia

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare per iscritto la malattia all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro il termine di 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

Con la denuncia deve essere fornita la certificazione medica sulla natura dell'infirmità.

### Art. 16 Documentazione medica

Con riferimento agli Artt. 11, 20, 22, 24 e 28 della legge 31/12/96, n. 675 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche, l'Assicurato, acconsentendo al trattamento dei dati personali, deve:

- inviare ad AXA informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sciogliere dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali AXA credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da AXA o suoi incaricati;
- fornire alla Società certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia.

Trascorsi 180 giorni dalla data del certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia e comunque non prima che sia decorso un anno dalla denuncia, l'Assicurato deve presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

Qualora, trascorso un anno dalla denuncia della malattia, non sia possibile, a giudizio del medico curante, attestare la stabilizzazione degli esiti della malattia, l'Assicurato potrà comunque presentare specifica documentazione medica attestante il grado di invalidità permanente residua al momento della richiesta.

In caso di omissione da parte dell'Assicurato, AXA, entro il termine massimo di 24 mesi dalla denuncia, procederà, comunque, alla definizione del grado di invalidità permanente, direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata, sulla base degli accertamenti e controlli medici disposti.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

### Art. 17 Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione indicata all'articolo precedente e compiuti gli accertamenti del caso, AXA liquida l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente.

### Art. 18 Controversie – Arbitrio Irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, 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 dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violenza di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

### Art. 19 Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 C.C.

### Art. 20 Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili della malattia.

In sede di sottoscrizione della "Proposta di adesione", l'Assicurato ha dichiarato di approvare specificatamente, ai sensi dell'artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti norme:

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Art. 14 - Esclusioni di garanzia

### Art. 13 - Persone non assicurabili per la garanzia - Limite di età

Art. 15 - Denuncia di sinistro

Obblighi di informativa precontrattuale ai sensi dell'art. 123 del Decreto Legislativo n. 175 del 17.3.1995 e della Circolare ISVAP n. 303 del 2.6.1997 e successive integrazioni. La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. L'Assicurato ha facoltà di presentare reclamo all' ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) – Sezione Reclami, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma. Il presente contratto è stipulato con la Compagnia assicuratrice AXA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede legale in Italia, L'Assicurato ha ricevuto, in sede di sottoscrizione della "Proposta di adesione", la Nota Informativa relativa alla Compagnia assicuratrice.



Protezione srl  
Sede Legale: viale Certosa, 235 – 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 – p. 1 – int. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 - fax 0423 420171  
P.Iva 03689720237  
@mail: info@protezionest.com

# NOTA INFORMATIVA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

## AI SENSI DELL'ART. 13 D.lgs n° 196/2003 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n° 303 del 2 giugno 1997

Con l'entrata in vigore del D.lgs n. 196 / 2003, recante disposizioni per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, la AXA ASSICURAZIONI S.p.A. (più avanti denominata "Società") è tenuta a fornire all'Assicurato le seguenti informazioni:

### **1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione / esecuzione dei contratti e di gestione / liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa a cui la Società è autorizzata ai sensi di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

### **2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a) del D. Lgs. 196/2003;
- 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 soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento, nonché da società di servizi in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento.

### **3. CONFERIMENTO DEI DATI**

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria;
- b) strettamente necessario per la Società per le finalità di conclusione, gestione / esecuzione dei contratti e di gestione / liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento delle attività di formazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

### **4. RIFIUTO DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI**

L'eventuale rifiuto di fornire i dati personali, ovvero di acconsentire al loro trattamento e/o alla loro comunicazione, comporta:

- nei casi di cui al punto 3, lettera a) e b), l'impossibilità di concludere o eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire / liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lettera c), la preclusione, nei confronti dell'interessato, di accedere all'informazione ed alla promozione dei prodotti assicurativi offerti dalla Società.

### **5. COMUNICAZIONE DEI DATI**

- e) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lettera a) e per essere soggetti a trattamenti aventi le stesse finalità od obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, sub-agenti, produttori, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche, SIM, etc.); legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidati incarichi di gestione dei sinistri, nonché società di servizi informatici, di archiviazione e di recapito; enti associativi e/o di controllo (ad es.: ANIA ed ISVAP) ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria.
- f) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lettera b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a società di informazione e promozione commerciale.

### **6. DIFFUSIONE DEI DATI**

I dati personali comuni, di volta in volta strettamente necessari, potranno formare oggetto di diffusione a scopo pubblicitario o promozionale.

### **6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

I dati personali possono essere trasferiti verso paesi U.E. ed extra U.E. .

### **7. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'art. 13 della legge 675/96 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

### **9. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento è AXA ASSICURAZIONI S.p.A. con sede in Milano – MI Via Leopardi n. 15.

L'elenco delle persone fisiche e giuridiche nominate responsabili del trattamento è disponibile presso la sede legale della Società.



Protezione srl  
Sede Legale: viale Certosa, 235 – 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 – p. 1 – inf. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 – fax 0423 420171  
P.va 03689720237  
@mail: info@protezionest.com

# POLIZZA CONVENZIONE ASSISTANCE CASA

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per :

<b>Assicurazione</b>	il contratto di assicurazione
<b>Contraente</b>	PROTEZIONE S.R.L. nel nome e nell'interesse di chi spetta
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione
<b>Assicurato:</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
<b>Assistenza:</b>	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A.
<b>Broker:</b>	il mandatario incaricato dalla Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto riconosciuto dalla Società.
<b>Casa:</b>	il fabbricato o la porzione di fabbricato situato in territorio italiano, adibito ad esclusivo uso abitativo e costituente luogo di residenza dell'Assicurato.
<b>Centrale Operativa:</b>	INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A. Via Antonio Salandra, 18 - 00187 Roma, ovvero la struttura, costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede su richiesta dell'Assicurato ad organizzare ed erogare, con costi a carico della Società nel limite dei massimali indicati, le prestazioni previste in Polizza È composta dalla centrale telefonica, che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze, e dalla rete esterna che effettua gli interventi sul posto.
<b>Contraente:</b>	PROTEZIONE S.R.L. nel nome e nell'interesse di chi spetta
<b>Proposta di adesione</b>	la richiesta del Mutuatario di volere usufruire delle prestazioni di cui alla Polizza Convenzione (Mod.002)
<b>Esterò:</b>	paesi dell'Europa geografica (monti urali esclusi).
<b>Evento:</b>	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della Polizza e che determina la richiesta di Assistenza.
<b>Furto:</b>	il reato previsto dall'art. 624 C.P., commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.
<b>Furto Tentato:</b>	il tentativo di furto si caratterizza appena si raccolgono indizi importanti che rendono verosimile il furto del veicolo e che caratterizzano l'intenzione dei ladri. Questi indizi sono costituiti da tracce materiali rilevate sul veicolo.
<b>Italia:</b>	il territorio italiano, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
<b>Massimale:</b>	la somma massima fino alla concorrenza della quale la Società si impegna ad erogare la Prestazione e/o l'indennizzo della Garanzia di Polizza.
<b>Premio:</b>	La somma dovuta alla Società.
<b>Prestazione:</b>	l'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato, nel momento del bisogno, tramite la Centrale Operativa della Società.
<b>Residenza:</b>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi del fatto dannoso e/o della controversia per cui è prestata l'Assicurazione.
<b>Società:</b>	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia Via Antonio Salandra, 18 00187 – Roma.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

### **Art. 2 - Altre assicurazioni**

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni. La Società dispensa pertanto lo stesso dalla comunicazione di cui all'art. 1910 del Codice Civile.

### **Art. 3 – Termine di prescrizione**

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di un anno a norma dell'art. 2952 C.C..

### **Art. 4 – Foro Competente**

Il Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede la Contraente.

### **Art. 5 – Rinvio alle norme di legge – Forma del contratto**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

## **CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE**

### **Art. 6 – Estensione Territoriale**

Le prestazioni sono valide in Italia e nei paesi dell'Unione Europea, salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie.

### **Art.7 – Operatività della Polizza**

La copertura assicurativa opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni all'anno;
- per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 (otto) ore lavorative. Resta inteso che, nel caso di servizi all'estero, alla tempistica prevista dovranno essere aggiunti eventuali giorni festivi e dovrà anche essere considerato l'adeguamento al fuso orario locale.
- con il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato per ogni anno di validità della polizza;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione;

### **Art. 8 – Oggetto dell'assicurazione**

La Società tramite la Centrale Operativa fornisce, al seguito del verificarsi di un sinistro previsto in polizza, le prestazioni di assistenza di seguito specificate, per le quali è stato corrisposto il relativo premio, fino alla concorrenza dei limiti previsti per ciascuna delle prestazioni e garanzie stesse.

**Le seguenti garanzie si intendono erogate presso la residenza dell'Assicurato.**

#### **Servizio di ricerca artigiani convenzionati**

Qualora l'Assicurato, a seguito di incendio, esplosione, scoppio, allagamento, furto o guasto, necessiti di un intervento ordinario di riparazione, sostituzione e manutenzione all'interno della propria abitazione, la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24 e 365 giorni l'anno, è a disposizione dell'Assicurato per la ricerca di un

- idraulico;
- elettricista;
- fabbro;
- vetraio;
- falegname;
- riparatori di elettrodomestici.

La ricerca sarà effettuata nel più breve tempo possibile sulla base delle richieste dell'Assicurato e sulla disponibilità del network convenzionato.

L'Assicurato oltre ad usufruire di prezzi convenzionati, potrà al momento del contatto con l'artigiano convenzionato, richiedere un preventivo di spesa.

Resta inteso che tutte le spese dell'intervento e la riparazione, sono a totale carico dell'Assicurato così come da lui concordate preventivamente con l'artigiano stesso.

#### **Invio di un Fabbro/Falegname**

Nel caso in cui, a seguito di:

- furto, smarrimento, rottura delle chiavi o guasto della serratura, purchè non elettronica, non sia possibile entrare in casa;
- tentato furto, la funzionalità della porta di accesso alla casa sia compromessa in modo grave e la sicurezza della stessa non sia garantita;

la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, invierà a casa dell'Assicurato un fabbro/falegname convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

Restano a carico della Società l'uscita e la manodopera del fabbro fino ad un massimo di Euro 120,00 per evento per un massimo di 3 volte l'anno per ciascun Assicurato.

Restano a carico dell'Assicurato tutti i costi relativi al materiale e/o pezzi di ricambio necessari per la riparazione nonché le eventuali eccedenze rispetto quanto coperto dalla Società.

#### **Invio di un Idraulico in caso di urgenza**

In caso di:

- allagamento o infiltrazione nell'abitazione dell'Assicurato in seguito a rottura, otturazione o guasto delle tubature fisse dell'impianto idraulico ad essa pertinente;
- mancanza totale di acqua nella casa non dovuta a temporanea sospensione della distribuzione;
- mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico-sanitari a causa dell'otturazione delle tubature fisse di scarico dell'impianto idraulico;

la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, invierà a casa dell'Assicurato un idraulico convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

Resta a carico della Società il costo dell'uscita e della manodopera fino ad un massimo di Euro 120,00 per evento e per massimo 3 volte per anno per ciascun Assicurato.

Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al materiale e/o i pezzi di ricambio necessari per la riparazione nonché le eventuali eccedenze rispetto quanto coperto dalla Società.

Da tale prestazione sono esclusi:

- gli interventi su apparecchi mobili (lavatrici, lavastoviglie, ecc..), su guasti provocati dal loro utilizzo, su tubature o rubinetterie a loro collegate;
- gli interventi sull'impianto idraulico generale dell'edificio in cui è situata l'abitazione dell'Assicurato;
- gli interventi richiesti a seguito di infiltrazioni, rigurgiti, straripamenti, causati da incuria o lavori ai pozzi neri;
- gli interventi per danni causati dal gelo.

#### **Invio di un Elettricista in caso di urgenza**

In caso di mancanza della corrente elettrica in tutta la casa per guasti di interruttori di accensione, impianti di distribuzione interna o prese di corrente non causati da imperizia o negligenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, invierà a casa dell'Assicurato un elettricista convenzionato, comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

Restano a carico della Società l'uscita e la manodopera dell'elettricista fino ad un massimo di Euro 120,00 per evento e per massimo 3 volte l'anno per ciascun Assicurato.

Restano a carico dell'Assicurato tutti i costi relativi al materiale e/o pezzi di ricambio necessari per la riparazione nonché le eventuali eccedenze rispetto quanto coperto dalla Società.

Da tale prestazione sono esclusi:

- gli interventi sul cavo di alimentazione generale dell'edificio in cui è situata l'abitazione dell'Assicurato;
- gli interventi richiesti a seguito di interruzione della fornitura di energia elettrica da parte dell'Ente erogatore;
- gli interventi a timers o apparecchiature similari;
- gli interventi per corto circuito provocato da falsi contatti causati dall'Assicurato.

#### **Ripristino dell'abitabilità**

Qualora l'Assicurato, in seguito a furto, tentato furto o incendio presso la propria abitazione necessiti, per il ripristino dei locali, di lavori di pulizia straordinaria che consentano l'abitabilità dell'immobile, la Centrale Operativa provvederà al reperimento ed all'invio di un'impresa specializzata.

Tale prestazione rimane a carico della Società fino ad un massimo di Euro 100,00 per evento e per anno per ciascun Assicurato.

Nel caso in cui non fosse possibile reperire il personale addetto, la Società rimborserà, a fronte di presentazione di regolare fattura, le spese sostenute dall'Assicurato nei limiti del massimale previsto.

#### **Sistemazione provvisoria d'emergenza**

Qualora l'Assicurato, in seguito a furto, scoppio, fulmine, esplosione, allagamento o incendio presso la propria abitazione debba, per obiettive ragioni d'inagibilità, lasciare la propria abitazione, la Centrale Operativa provvederà a prenotare un albergo per l'Assicurato e i familiari il più vicino possibile all'abitazione, tenendo a carico della Società i costi del pernottamento relativi alla prima notte successiva al sinistro sino alla concorrenza del massimale di euro 200,00 per sinistro e per anno assicurativo per ciascun Assicurato.

#### **Rientro anticipato dell'assicurato**

(Garanzia valida ad oltre 100 chilometri dal domicilio dell'assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio abbia la necessità di rientrare immediatamente presso l'abitazione danneggiata a seguito di furto, tentato furto o incendio che abbiano causato danni di gravità tale da richiedere la sua presenza in loco, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (treno prima classe o aereo classe turistica o altro), tenendo a proprio carico le spese relative fino ad un massimo di € 150,00 per sinistro e per anno assicurativo per ciascun Assicurato.

#### **Trasloco definitivo**

Qualora l'Assicurato, in seguito a furto, tentato furto o incendio, debba trasferire i beni contenuti nella propria abitazione inagibile presso un altro domicilio, la Centrale Operativa provvederà a fornire all'Assicurato una Società di traslochi o autorizzerà lo stesso a provvedere personalmente a reperire una, tenendo a proprio carico i relativi costi documentati fino ad un massimale di Euro 800,00 per evento e per anno purché il trasloco venga effettuato entro 30 (trenta) giorni dal furto come risultante dalla denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

La presente prestazione non è cumulabile con il "Ripristino dell'abitabilità".

#### **Avviso di Sinistro – Modalità per la richiesta**

**Per ogni richiesta l'Assicurato, o chi ne fa le veci, dovrà contattare la Centrale Operativa, al momento dell'insorgere della necessità e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, ai seguenti numeri:**

- **numero verde dall'Italia 800 821134;**
- **numero nero dall'estero +39.06.48115570**
- **nel caso in cui sia impossibile telefonare, inviando un fax al numero +39.06.4740742.**

**In ogni caso deve qualificarsi come Assicurato "Protezione S.r.l.", comunicando:**

- **nome e cognome;**
- **numero Polizza 11955;**
- **indirizzo e recapito telefonico al quale essere richiamato;**
- **prestazione richiesta.**

Tutte le prestazioni saranno erogate esclusivamente dalla Centrale Operativa della Società.

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 8 ore lavorative.

In caso di prestazioni dovute a seguito a furto o tentato furto presso l'abitazione di residenza dell'Assicurato, la Società si riserva il diritto di verificare il diritto dell'Assicurato all'intervento della Centrale Operativa richiedendo l'invio della denuncia presentata alle Autorità Competenti del luogo.

Resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dalla presente, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro il termine dei 3 giorni, potrà farlo non appena ne sarà in grado.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro, entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado.

#### **Esclusioni**

Fermo restando le condizioni e le esclusioni previste per le singole prestazioni e garanzie, valgono le seguenti esclusioni:

1) Tutte le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, vandalismo, occupazioni militari, invasioni;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- dolo, fatto illecito del Contraente o dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio, commesso dall'Assicurato;
- infortuni e malattie conseguenti o derivanti da abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- prove, allenamenti, gare automobilistiche, motociclistiche e motonautiche comprese moto d'acqua, guida di guidoslitte, alpinismo, salti dal trampolino con sci o idroski, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, pratica di sport aerei in genere, atti di temerarietà, pratica di sport quali pugilato, lotta, football americano, rugby;
- partecipazione a gare e competizioni sportive salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'ACI o da altri Enti anche privati, di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, tiro, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- pratica di pugilato, lotta, guidoslitte, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- emofilia di tipo classico o stati emofilici di qualsiasi tipo;
- diabete insulinodipendente;
- eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- espianto e/o trapianto di organi;
- alcolismo, tossicodipendenza, HIV o AIDS, malattie mentali, sindromi organiche, cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, disturbi psichici compresi i comportamenti nevrotici;
- applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
- cure riabilitative, fisioterapiche e termali nonché l'eliminazione di difetti fisici congeniti o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza.

2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.

3) La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

4) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore, tanto meno per eventuali danni da questo provocati.

5) Per qualsiasi richiesta di informazioni, lamentele, contestazioni, l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Società.

- 6) Ogni diritto nei confronti della Società derivante dalla presente polizza deve essere esercitato dall'Assicurato, a pena di estinzione e decadenza, entro il termine tassativo di un anno dalla data dell'evento costitutivo del diritto stesso.
- 7) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto o nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- 8) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto, le spese per cure termali/riabilitative, le spese per l'acquisto/riparazione di protesi o apparecchi terapeutici e le spese di dogana, taxi, ristoranti, pedaggi, carburante.
- 9) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- 10) La Società non potrà in alcun modo essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione del proprio servizio, derivante da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

In sede di sottoscrizione della "Proposta di adesione", l'Assicurato ha dichiarato di approvare specificatamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti norme:

**Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.**

**Art. 4 – Foro Competente**

**Art. 5 – Rinvio alle norme di legge – Forma del contratto**

**Art. 7 – Operatività della polizza**

**Art. 8 – Oggetto dell'assicurazione**

Obblighi di informativa precontrattuale ai sensi dell'art. 123 del Decreto Legislativo n. 175 del 17.3.1995 e della Circolare ISVAP n. 303 del 2.6.1997 e successive integrazioni.

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. L'Assicurato ha facoltà di presentare reclamo all' ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) – Sezione Reclami, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma. Il presente contratto è stipulato con la Compagnia assicuratrice INTER PARTNER ASSISTENZA SERVIZI S.p.A. con sede legale in Italia. L'Assicurato ha ricevuto, in sede di sottoscrizione della "Proposta di adesione", la Nota Informativa relativa alla Compagnia assicuratrice.



Protezione srl  
Sede Legale: viale Certosa, 235 – 20100 Milano  
Sede Operativa: via Del Credito, 26 – p. 1 – inf. 8  
31033 Castelfranco Veneto (TV)  
Tel. 0423 497840 – fax 0423 420171  
P.va 03689720237  
@mail: info@protezionesi.com

# NOTA INFORMATIVA ASSISTANCE CASA

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private") ed in conformità con quanto disposto dalle circolari dell'ISVAP, n. 303 del 2 giugno 1997 e n. 518/D del 21 novembre 2003.

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni Private, nel presente documento e nelle Condizioni Generali di Assicurazione le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico del contraente o dell'assicurato sono evidenziate.

## A- INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

La presente Polizza viene conclusa dalla Rappresentanza Generale per l'Italia della Inter Partner Assistance S.A., di seguito detta (IPA) Compagnia Internazionale di Assicurazioni e Riassicurazioni, con sede in Belgio, 1050 Bruxelles, Avenue Louise, 166, cap. soc. € 8.396.373, - Rappresentanza Generale per l'Italia, Sede e Direzione Generale: via Antonio Salandra, 18, c.a.p. 00187 Roma, tel. 06 42118.1, fax 06 4821286 – N. RM91-1994-3349 del Registro Imprese di Roma, numero di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione 00014, Part. I.V.A. 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151. IPA, già autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia a norma del D.M. 19 ottobre 1993 (G.U. del 23.10.1993 n.250), opera in regime di stabilimento.

## B- INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

### Legge applicabile.

IPA propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana. Tuttavia, ai sensi dell'art. 180 del Codice delle Assicurazioni Private il Contraente e l'IPA potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

## C- INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

### Reclami in merito al contratto.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri da parte del Assicurato o dalla Contraente devono essere inoltrati per iscritto alla Società (Servizio Clienti e Sistema Qualità di Inter Partner Assistance S.A. Via Antonio Salandra, 18, c.a.p. 00187 Roma – numero fax 0039.06.48.21.286 – servizio.clienti@ip-assistance.com). Qualora i chiarimenti ricevuti non venissero ritenuti soddisfacenti o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, il reclamo potrà essere inoltrato all'ISVAP in qualità di organo competente.

Fermo quanto sopra eventuali reclami in merito al contratto stesso potranno essere rivolti all'ISVAP – Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la qualificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Nel caso in cui le Parti dovessero scegliere di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'organo incaricato di esaminare i reclami previsto dalla legislazione prescelta. In tal caso l'ISVAP faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il Contraente.

### Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal Contratto

I diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 C.C.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

## D- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali. La legge 31 dicembre 1996 n. 675, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali è stata abrogata dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, che ha introdotto, a far data dal 1° gennaio 2004, il nuovo Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito "Codice").

Il Codice stabilisce, in particolare, che il soggetto interessato (di seguito anche "interessato") debba essere preventivamente informato in merito all'utilizzo dei dati che lo riguardano e che il trattamento di dati personali è ammesso solo con il consenso espresso del soggetto interessato salvo i casi previsti dalla legge. A tal fine IPA fornisce la seguente informativa:

### 1. INFORMAZIONI SULLA SOCIETA'

Vedi il precedente punto **A- INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA**.

### 2. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è Inter Partner Assistance S.A., in persona del Rappresentante Generale per l'Italia, Jean-François Couet Lannes. L'elenco delle persone individuate come responsabili è disponibile presso la sede dell'IPA.

### 3. FONTE DEI DATI

I dati personali trattati da IPA sono raccolti direttamente presso gli interessati, o altri soggetti con cui questi abbiano stretto rapporti (es.: contraenti di assicurazioni con cui sia assicurato o beneficiario, coobbligati o altri operatori assicurativi, come agenti, broker, assicuratori, organismi associativi o consortili propri del settore assicurativo).

Se i dati non sono raccolti presso l'interessato l'informativa, comprensiva delle categorie dei dati trattati, è data al medesimo interessato, all'atto della registrazione dei dati o, quando è prevista la loro comunicazione, non oltre la prima comunicazione. In ogni caso, tutti questi dati vengono trattati nel rispetto della legge e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di IPA.

### 4. DATI SENSIBILI

Il Codice considera sensibili i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche, politiche, sindacali e lo stato di salute, e li tutela con particolare attenzione. Qualora IPA venga in possesso di dati sensibili il consenso rilasciato riguarda anche il trattamento di tali dati, per le finalità di cui al successivo paragrafo. Viceversa, qualora i dati sensibili siano espressamente richiesti da IPA il loro trattamento sarà subordinato alla preventiva raccolta, volta per volta, del consenso.

### 5. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali raccolti presso l'interessato o presso terzi è svolto:

**A.** per finalità attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, cui IPA è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge, nonché per l'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti, normative comunitarie o impartiti da Autorità di vigilanza e controllo. Queste attività possono essere svolte anche da soggetti operanti in Italia e all'estero che collaborano con IPA e a cui pertanto IPA comunica i dati, o da soggetti cui IPA è tenuta a comunicare i dati (soggetti tutti costituenti la così detta "catena assicurativa" indicati al punto 8a) limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra l'interessato e IPA. Il consenso richiesto concerne pertanto anche il trattamento svolto da tali soggetti;

**B.** per finalità commerciali e di marketing, quali quelle di informazione e promozione di prodotti e servizi, di rilevazione della qualità dei servizi prestati, di ricerche di mercato etc.. Queste attività possono essere svolte dalla IPA e dai soggetti di cui al punto 8b). Il consenso richiesto concerne pertanto anche il trattamento svolto da tali soggetti.

## 6. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici o comunque automatizzati, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

## 7. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma restando l'autonomia dell'interessato si fa presente quanto segue:

- per le finalità di cui al punto 5a) il conferimento dei dati è necessario in quanto strettamente funzionale all'esecuzione dei rapporti contrattuali che, senza i dati, non potrebbero, in tutto o in parte, essere eseguiti;
- per le finalità di cui al punto 5b) il conferimento dei dati è facoltativo ed il rifiuto di conferirli non comporta alcuna conseguenza sullo svolgimento dei rapporti contrattuali, precludendo soltanto la possibilità di svolgere le suddette attività commerciali e di marketing.

## 8. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

**A.** Per le finalità di cui al punto 5a), e per quanto strettamente necessario in relazione al tipo di polizza, i dati personali dell'interessato possono essere comunicati per essere sottoposti a trattamenti correlati, aventi le medesime finalità limitatamente a quanto di stretta competenza a:

- coassicuratori (indicati nella polizza) e riassicuratori;
- soggetti facenti parte del Network di IPA;
- consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto di IPA;
- enti associativi (ANIA - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) e organismi consortili propri del - settore assicurativo;
- Pubbliche Amministrazioni od enti nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria per Legge, regolamento o normativa comunitaria;
- società di revisione e di certificazione (indicata negli atti di bilancio);
- società che forniscono servizi informatici e telematici o che svolgono specifiche operazioni quali la protocollazione o l'invio della corrispondenza, la liquidazione dei sinistri, l'archiviazione dei dati etc..

**B.** Per le finalità di cui al punto 5 b), i dati personali possono essere comunicati a:

- società di IPA (controllanti, controllate e collegate anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di Legge);
- società terze specializzate nella rilevazione della qualità dei servizi, in ricerche di mercato e informazione e promozione commerciale;
- soggetti facenti parte della catena distributiva di IPA.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## 9. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti, per le finalità di cui al punto 5 lett. a) e lett. b), sia verso Paesi dell'Unione Europea sia verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, alle medesime categorie di soggetti indicati al punto 8, rispettivamente primo e secondo comma.

## 10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il Codice conferisce agli interessati l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può:

- ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- chiedere di conoscere l'origine dei dati, le finalità e modalità del trattamento, nonché la logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, l'indicazione degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili nominati e dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in via anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, e al trattamento che lo riguarda a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. I diritti in oggetto potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al responsabile nominato con lettera raccomandata o e-mail all'indirizzo di posta elettronica [paola.lanzillotto@ip-assistance.com](mailto:paola.lanzillotto@ip-assistance.com). Nell'esercizio dei diritti, l'interessato può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche, enti associazioni od organismi. L'interessato può, altresì, farsi assistere da una persona di fiducia. IPA, per garantire l'effettivo esercizio dei diritti dell'interessato, adotta misure idonee volte ad agevolare l'accesso ai dati personali da parte dell'interessato medesimo e a semplificare le modalità e a ridurre i tempi per il riscontro al richiedente.