



Contratto di Assicurazione

Incendio, Infortuni, Malattia e Perdite Pecuniarie

Ti PROTEGGO

Mod. 039.2014.TP ed.01.17

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- *Nota Informativa, comprensiva del glossario*
- *Condizioni di Assicurazione*
- *Proposta di Assicurazione*

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del Contratto o della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Fascicolo Informativo

CF ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 34.061.500,00 i.v. – C.F./P.IVA: 09395811004 - REA CCIA Roma n. 1160328 – Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 – Autorizzazione all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 – G.U. n. 195 23/08/2007 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042



NOTA INFORMATIVA RESA DA CF ASSICURAZIONI S.p.A. IN RELAZIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA.

Il presente documento è aggiornato al 09.01.2017

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA

Articolo 1- INFORMAZIONI GENERALI

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com cfassicurazioni@pec.it, Capitale sociale 34.061.500 i.v. - C.F./P.IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. IVASS (già ISVAP) n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Articolo 2-. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Dati al 31.12.2015 - CF Assicurazioni S.p.A. ha :

- un patrimonio netto pari a 21,279 milioni di Euro, con un Capitale Sociale di 33 milioni di euro e Riserve patrimoniali pari a 0,313 milioni di euro;
- un indice di solvibilità di 6,865, riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto è annuale con tacito rinnovo e frazionamento mensile. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.3 delle Norme Generali Comuni a tutti i Settori delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 2 - Coperture assicurative offerte- Limitazioni ed Esclusioni

Il contratto di assicurazione è stipulato nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione CF, garantisce all'assicurato, secondo i Settori di garanzie attivati, contro l'Incendio dell'abitazione, in caso di infortunio e malattia , Perdite Pecuniarie o Non Autosufficienza un indennizzo pattuito in Polizza nei limiti e alle condizioni stabilite negli articoli delle specifiche Condizioni di Assicurazione.

Garanzie prestate:

Settore Incendio:

- Incendio fabbricato , Incendio Contenuto, Eventi Speciali, Danni d'acqua condotta e Fenomeno Elettrico;

Settore Infortuni – Malattia

- Morte; Invalidità Permanente; Diaria da Ricovero e Gessatura da infortunio e Malattia.

Settore Perdite Pecuniarie

- Perdita d'impiego (per lavoratori Dipendenti) Riduzione del Reddito oltre il 50% del reddito anno precedente (per Liberi Professionisti, Lavoratori Autonomi)

Settore Long Term care

- Non Autosufficienza determinata da Infortuni o Malattia.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio ai seguenti Articoli delle rispettive Condizioni di Assicurazione:

Settore Incendio: Art.8

Settore Infortuni – Malattia: Art.11

Settore Perdite Pecuniarie: Artt.8 e 12

Settore Long Term Care: Art.2

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di massimali, scoperti e/o Franchigie, carenze, si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio ai seguenti Articoli delle rispettive Condizioni di Assicurazione:

Settore Incendio:Artt.1 e 2

Settore Infortuni – Malattia: Art.18

Settore Perdite Pecuniarie: Art.2

Sulla garanzia Invalidità Permanente da Infortuni è presente una riduzione della percentuale liquidabile sulle percentuali di Invalidità Permanente accertate sino a 10 punti percentuali e un aumento della percentuale liquidabile sulle percentuali di Invalidità Permanente accertate oltre 50 punti percentuali come da tabella riportata all'Art.18 delle Condizioni di Assicurazione che si riporta:

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
sino a 1	0,40
Da oltre 1 e sino a 2	0,70
Da oltre 2 e sino a 3	1,20
Da oltre 3 e sino a 4	2,00
Da oltre 4 e sino a 5	3,00
Da oltre 5 e sino a 6	4,50
Da oltre 6 e sino a 7	5,50
Da oltre 7 e sino a 8	7,00
Da oltre 8 e sino a 9	8,00
Da oltre 9 e sino a 10	10,00
da 11 a 49	Stessa percentuale accertata
da 50 a 65	75
da 66 a 84	100
Da 85 a 90	150 con il massimo di 600.000,00 Euro
Da 91 a 100	200 con il massimo di 600.000,00 Euro

Esempio di indennizzo :

Somma assicurata Inv. Permanente €.	Inv.Perm. Accertata	Inv.Perm. Liquidabile	Pari a €.
100.000	3%	1,2%	1.200,00
100.000	4,5%	3%	3.000,00
100.000	56%	75%	75.000,00

Sulla garanzia Diaria da gessatura è presente un massimo indennizzo previsto come giorni massimi indennizzabili.

Per massimo indennizzo si intende la durata massima entro la quale la Compagnia di Assicurazioni è impegnata ad offrire la prestazione di indennizzo.

Per la Diaria da gessatura il massimo indennizzo è stabilito in 90 giorni per sinistro.

Esempio di indennizzo

Diaria gessatura assicurata	Giorni Accertati di gesso	Prestazione erogata
100,00 euro al giorno	120 gg – Max previsto 90	90gg-

Articolo 3 - Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenze: 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, 1894 del Codice Civile. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.1 delle Norme Generali delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Le dichiarazioni contenute nella scheda di Proposta, devono essere compilate, in maniera, precisa e veritiera e sottoscritte nella Proposta stessa.

AVVERTENZA: è previsto l'annullamento del contratto quando il contraente, agendo con dolo o con colpa grave, fornisce dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli art.1 delle Norme Generali delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 4 - Aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile. Nel caso specifico del presente prodotto ciò è irrilevante per quanto attiene le Garanzie infortuni in quanto è prevista una sola tassazione a fronte di una sola categoria di rischio.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Articolo 5 -Premi

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 di pagamento. Il frazionamento della presente polizza è mensile e il Contraente autorizza il pagamento del premio con disposizione permanente di addebito del premio lordo mensile sul conto corrente bancario o postale indicato nella scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione a favore dell'Intermediario o della Società.

Qualora il Contraente non dovesse corrispondere rate di premio intermedie nel corso della annualità assicurativa, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ai sensi dell'art. 1901 c.c.. Trascorse tre mensilità consecutive di scadenze mensili insolute, la Società risolverà il contratto e tratterà i premi pagati dal Contraente senza restituzione alcuna. Si pattuisce inoltre, tra il Contraente e la Società, con sottoscrizione nella scheda di proposta che qualora si sia verificato un sinistro regolarmente denunciato, in presenza di morosità di rate di premi mensili, la Società, per dar seguito all'indennizzo del sinistro, tratterà da questo, tutti i premi mensili insoluti, sino al completamento dell'annualità assicurativa.**

La polizza non prevede sconti.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI

Addebito in conto corrente.

Articolo 6 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La polizza non prevede alcuna forma d'indicizzazione o adeguamenti né relativamente al premio né alle somme assicurate.

Articolo 7- Diritto di recesso.

AVVERTENZA: Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. Tale Condizione non si applica a seguito di sinistri relativi a garanzie Malattia e Long Term Care.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Articolo 8- Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

Articolo 9 -Legge applicabile al contratto

ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. n.209/05, le parti possono 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.

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 10- Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sugli infortuni, malattia e perdita d'impiego, al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile. Incendio e Perdite Pecuniarie sono soggetti ad imposta pari al 21,25% del premio imponibile

Detraibilità fiscale dei premi

Relativamente ai Premi della garanzia Morte da Infortunio, Invalidità Permanente da infortunio, a condizione che l'Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fiscalmente a suo carico, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

In particolare, ai sensi della legge 124/2013, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare) a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni infortuni versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione di imposta dei premi versati fino ad un importo massimo di 530 euro.

A. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

Articolo 11-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri.

Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia ai seguenti Articoli delle rispettive Condizioni di Assicurazione:

Settore Incendio: Art.6

Settore Infortuni – Malattia: Art.21

Settore Perdite Pecuniarie: Artt. 5;9;13

Settore Long Term care: Art.6

L'Assicurato deve consentire alla Società tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari ai fini dell'accertamento del danno. Laddove la Società dovesse richiedere ulteriore documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) le spese relative ai documenti richiesti sono a carico dell'Assicurato.

Con riferimento alle procedure liquidative si rinvia ai seguenti Articoli delle rispettive Condizioni di Assicurazione:

Settore Incendio: Art. 12

Settore Infortuni – Malattia: Art. 22

Settore Perdite Pecuniarie: Artt. 7;11

Settore Long Term care: Art.7

Articolo 12 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma.

I reclami dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;**
 - b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;**
 - c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela;**
 - d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,**
- e dovranno essere inviati all'Ufficio Legale- Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma, e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;**
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;**
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;**
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;**
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.**

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm>). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione 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.

Articolo 13 – Arbitrato

AVVERTENZA: Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio, oppure sul grado di Invalidità Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Si rinvia al sito internet della Società www.cfassicurazioni.com per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

CF Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale
Dr. Michele Cristiano



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il presente documento è aggiornato al 09.01.2017

1 - SETTORE INCENDIO

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione - Descrizione delle garanzie:

A) Incendio

Agli effetti della presente garanzia la Società si obbliga al pagamento dei **danni materiali direttamente causati al fabbricato e/o al contenuto dell'abitazione assicurata da/ per:**

- **incendio;**
- **fulmine;**
- **esplosione e scoppio** non causati da ordigni esplosivi;
- **caduta di aeromobili o satelliti artificiali**, loro parti o cose trasportate;
- **bang sonico** (danni conseguenti a bang sonico);
- **urto veicoli stradali non appartenenti all'Assicurato** in transito sulla pubblica via;
- **sviluppo di fumi, gas, vapori** purché conseguenti agli eventi di incendio, fulmine, esplosione e scoppio, che abbiano colpito il fabbricato assicurato o enti posti entro 20 metri da esso, con il massimo di €2.000,00 per anno e per evento;
- **ordine dell'Autorità** allo scopo di impedire o di arrestare l'incendio ai sensi dell'art. 1914 (obbligo di salvataggio) del Codice Civile, con il massimo di €5.000,00 per anno e per evento;
- **le spese sostenute per demolire, sgomberare e trasportare** ad idonea discarica i residui del sinistro sino alla concorrenza del 10% del capitale assicurato, incluse delle spese relative alle operazioni di decontaminazione, disinquinamento, risanamento o trattamento speciale dei residui stessi, con il massimo di €5.000,00 per anno e per evento anche per rifiuti tossici o nocivi.

B) Eventi Speciali (atmosferici e sociopolitici)

Agli effetti della presente garanzia la Società si obbliga al pagamento dei **danni materiali direttamente causati al fabbricato e/o al contenuto assicurato da/ per:**

- **uragano, bufera, tempesta, vento o cose da esso trascinate, tromba d'aria, grandine**, quando detti eventi atmosferici siano caratterizzati da violenza riscontrabile dagli effetti prodotti su una pluralità di enti, assicurati o non. Le garanzie sono prestate con applicazione di una franchigia pari a € 500,00, per singolo sinistro;
- **tumulto popolare, sciopero, sommossa, atti vandalici, di terrorismo o sabotaggio organizzato**. Le garanzie sono prestate con applicazione di una franchigia pari a € 1.000,00, per singolo sinistro;
- **sovraccarico neve**. La garanzia è prestata con applicazione di una franchigia pari a € 500,00, per singolo sinistro, e con il limite d'indennizzo pari al 50% della somma assicurata, in ogni caso l'indennizzo non potrà superare l'importo di €100.000,00.

C) Danni da acqua condotta e spese di ricerca e riparazione del guasto- Fenomeno elettrico (operanti se richiamati nella scheda di polizza e pagato il relativo premio)

Agli effetti della presente garanzia la Società si obbliga al pagamento dei **danni materiali direttamente causati al fabbricato e/o al contenuto assicurato da/ per:**

- **fuoriuscita di acqua condotta** a seguito di rottura accidentale di impianti idrici, igienici, di riscaldamento, di condizionamento, di pluviali o di grondaie pertinenti all'abitazione. **Sono esclusi i danni dovuti a: stitilicidio, umidità, insalubrità dei locali, usura, corrosione o difetto di materiali, difetti di costruzione, infiltrazioni, di acqua piovana, non conseguenti a rotture di condutture, rottura di raccordi, tubazioni o flessibili che collegano gli impianti agli elettrodomestici e le fuoriuscite determinate da tubature interrate e relativi a giardini o aree verdi pertinenti a servitù dell'immobile**. La garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 8.000,00 per annualità assicurativa e con applicazione di una franchigia fissa per evento di € 200,00;
- **le spese conseguenti sostenute per ricercare la rottura e per riparare e/o sostituire impianti** o parti di essi fino alla concorrenza di €2.000,00 per sinistro e annualità assicurativa con applicazione di una franchigia fissa per evento di € 200,00.
- **fenomeno elettrico che danneggi o distrugga impianti e per riparare e/o sostituire gli stessi** o parti di essi fino alla concorrenza di €500,00 per sinistro e €1.000,00 per annualità assicurativa con applicazione di una franchigia fissa per evento di € 100,00. Restano esclusi i danni se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetti di materiale degli impianti colpiti.

Art. 2 - Somma Assicurata e limite massimo dell'indennizzo

LIMITE PER IL FABBRICATO

La somma Assicurata è l'importo indicato nella proposta e nel Certificato di Assicurazione.

In caso di sinistro verrà indennizzata la spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo delle parti distrutte e per la riparazione di quelle danneggiate, al netto del valore dei residui, ai sensi dell'art.1908 del C.C. (Valore della cosa assicurata), con il massimo della somma assicurata.

L'assicurazione si intende prestata a primo rischio assoluto e pertanto, non si intende operante l'art. 1907 (regola proporzionale) del Codice Civile.

Salvo il caso previsto dall'art.1914 c.c., per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a somma maggiore di quella assicurata.

LIMITE PER IL CONTENUTO

Per i danni al contenuto, limitatamente alle categorie sotto indicate, l'assicurazione è prestata con i seguenti limiti:

- per i valori: 5% della somma assicurata con il massimo di € 1.500,00;
- per il denaro: 5% della somma assicurata con il massimo di € 1.500,00;
- per i preziosi ed oggetti pregiati: € 5.000,00 per singolo oggetto;
- per raccolte e collezioni: € 5.000,00 per singola raccolta e/o collezione.

Art. 3 - Esclusioni

Segnatamente alla garanzia A) Incendio, di cui all'art. 1 primo comma, sono esclusi i danni:

- a) causati da atti di guerra, di guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili;
- b) causati da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure causati da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) causati con dolo o con colpa grave dell' Assicurato, dei rappresentanti legali o dei Soci a responsabilità illimitata;
- d) causati da terremoti, maremoti, tsunami, eruzioni vulcaniche;
- e) causati da inondazioni alluvioni e allagamenti in genere determinati anche da esondazione di acqua da fiumi, bacini, laghi e da mareggiate;
- f) subiti da enti non rientranti nella nozione di "fabbricato" come specificato nelle "definizioni";
- g) indiretti, quali cambiamenti di costruzione, mancanza di locazione, di godimento o di reddito commerciale od industriale, sospensione di lavoro o qualsiasi danno che non riguardi la materialità del fabbricato assicurato;
- h) da imbrattamento di fabbricati;
- i) alla macchina o all'impianto nel quale si sia verificato uno scoppio se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetti di materiale.

Art. 4- Efficacia delle Garanzie

Le garanzie sono efficaci a condizione che il fabbricato (o le porzioni di esso assicurate) sia stato edificato rispettando le seguenti caratteristiche costruttive e rientri nelle seguenti classificazioni:

Classe costruttiva Fabbricato di tipo "B" o "C" - Fabbricato tradizionale

Il fabbricato, comunque elevato, sia costruito con strutture portanti verticali, pareti esterne e manto della copertura per almeno 2/3 in materiali incombustibili (1/10 per materia plastica espansa); sono ammessi solai ed armature del tetto anche in materiali combustibili con le seguenti tipologie costruttive:

- B.** Fabbricato con strutture portanti verticali, solai in C.A., pareti esterne e tetto in materiali incombustibili; nei soli fabbricati a più piani è tollerata l'armatura del tetto in legno. È considerato piano, a questi effetti, anche il solaio immediatamente sottostante al tetto;
- C.** Fabbricato con strutture portanti verticali, pareti esterne e manto del tetto in muratura o materiali incombustibili; solai e/o armature del tetto comunque costruiti.

Sono sempre tollerate e perciò non hanno influenza le caratteristiche dei materiali impiegati per le impermeabilizzazioni, coibentazioni o rivestimenti applicati all'esterno delle pareti perimetrali o della copertura costituite da laterizi, cemento armato, calcestruzzo e latero cemento.

Art. 5- Ispezione delle cose assicurate

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate ed L'Assicurato ha l'obbligo di fornirle tutte le occorrenti indicazioni e informazioni.

Art. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato deve:

- a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno; le relative spese sono a carico della Società secondo quanto previsto dalla legge ai sensi dell'art.1914 c.c..
 - b) darne avviso alla Società entro nove giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 c.c..
- L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c..

L'assicurato è tenuto altresì a:

- c) fare, nei cinque giorni successivi, dichiarazione scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo, precisando, in particolare, il momento dell'inizio del sinistro, la causa presunta del sinistro e l'entità approssimativa del danno. Copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa alla Società.
- d) conservare le tracce ed i residui del sinistro fino a liquidazione del danno senza avere, per questo, diritto ad indennità alcuna.
- e) dare dimostrazione della qualità, quantità e valore delle cose assicurate al momento del sinistro, oltretutto della realtà e dell'entità dei danni, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento che possa essere richiesto dalla Società o dai Periti ai fini delle loro indagini e verifiche.
- f) comunicare alla Società l'eventuale esistenza di altre coperture assicurative riguardanti il fabbricato assicurato.

Art. 7 - Coesistenza di più assicurazioni

Nel caso in cui per il medesimo rischio siano state contratte più assicurazioni presso diversi assicuratori, la Società provvederà alla stima dell'intero indennizzo, come determinato dalle Condizioni di Assicurazione, fatto salvo il suo diritto di ripartizione proporzionale del danno ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 8 - Esagerazione dolosa del danno

l'Assicurato che:

- esagera dolosamente l'ammontare del danno;
 - dichiara distrutte cose che non esistevano al momento del sinistro;
 - occulta, sottrae o manomette cose salvate;
 - adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti;
 - altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o ne facilita il progresso;
- perde il diritto all'indennizzo.

Art. 9 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da persona da questa incaricata, con il Contraente o l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversia tra le parti, l'ammontare del danno indennizzabile può essere demandato, su concorde volontà delle Parti, ad arbitrato irrituale composto da due Periti nominati uno dalla Società ed uno dall'Assicurato con apposito atto unico.

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

Art. 10 - Mandato dei Periti

I Periti devono:

- b) indagare su circostanze, natura, causa e modalità del sinistro;
- c) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- d) verificare se il Contraente o l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui all'art.6;
- e) verificare l'esistenza, la qualità, la quantità ed il valore che le cose assicurate avevano al momento del sinistro secondo i criteri di valutazione di cui all'art. 9;
- f) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno comprese le spese di salvataggio demolizione e sgombero.

Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata a mezzo arbitrato irrituale ai sensi dell'art. 9, i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, (con allegate le stime dettagliate), da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

I risultati delle operazioni di cui alle lettere d) ed e) sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza, nonché di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

Art. 11 - Determinazione del danno indennizzabile

L'attribuzione del valore che le cose assicurate illese, danneggiate o distrutte avevano al momento del sinistro, è ottenuta seguendo i seguenti criteri:

A. FABBRICATO

Si stima la spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo delle parti distrutte e per la riparazione di quelle danneggiate, al netto del valore dei residui.

L'assicurazione si intende prestata a primo rischio assoluto e, pertanto, non si intende operante l'art. 1907 (regola proporzionale) del Codice Civile.

Le spese di demolizione e di sgombero dei residui del sinistro e le spese di salvataggio devono essere tenute separate dalle stime di cui sopra.

B. CONTENUTO

Si stima la spesa necessaria per rimpiazzare le cose assicurate con altre nuove uguali oppure equivalenti per caratteristiche, prestazioni e rendimento, ivi comprese le spese di trasporto, montaggio e fiscali qualora queste non possano essere recuperate dall'Assicurato.

L'ammontare del danno si determina stimando la spesa necessaria per il rimpiazzo a "valore a nuovo" delle cose distrutte e per il ripristino di quelle soltanto danneggiate e deducendo poi da tale risultato il valore dei residui **con esclusione di utensili per uso di casa o personale, apparecchi elettrici, audio ed audiovisivi, home computers e personal computers, apparecchi telefonici, raccolte e collezioni, documenti e titoli di credito.**

Pertanto, relativamente ai beni assicurati danneggiati o distrutti, si applicano i seguenti criteri d'indennizzo:

- **Mobiliario, arredi e utensili per uso di casa o personale non elettrici**

Il valore che le cose assicurate avevano al momento del sinistro viene determinato stimando la spesa necessaria per il rimpiazzo a nuovo e deducendo poi da tale risultato il valore a nuovo delle cose di questo medesimo genere illese ed il valore residuo di quelle solo danneggiate;

- **Utensili per uso di casa o personale elettrici, apparecchi audio ed audiovisivi, home computers e personal computers, apparecchi telefonici**

Il valore che le cose assicurate avevano al momento del sinistro viene determinato stimando:

- per le cose per le quali non siano trascorsi più di quattro anni dall'acquisto, la spesa necessaria per il rimpiazzo a nuovo e deducendo poi da tale risultato il valore a nuovo delle cose di questo medesimo genere illese ed il valore residuo di quelle solo danneggiate.

- per le altre cose, il costo di riparazione con il massimo del doppio del loro valore allo stato d'uso (intendendo per tale il "valore a nuovo" ridotto di un deprezzamento stabilito in relazione al tipo, qualità, funzionalità, rendimento, stato di manutenzione ed ogni altra circostanza concomitante) senza in ogni caso superare il limite del "valore a nuovo".

- **Raccolte e Collezioni**

Il valore che le cose assicurate avevano al momento del sinistro viene determinato stimando solo il valore dei singoli pezzi danneggiati o distrutti delle Raccolte e Collezioni, escluso in ogni caso il conseguente deprezzamento della raccolta o collezione oppure delle rispettive parti.

- **Documenti**

L'ammontare del danno è dato dalle sole spese di rifacimento dei Documenti.

- **Titoli di credito (per i quali è ammessa la procedura di ammortamento)**

L'ammontare del danno è dato dalle sole spese sostenute dall'Assicurato per la procedura stabilita dalla legge per l'ammortamento dei Titoli di credito e pertanto, anche ai fini del limite di indennizzo, si avrà riguardo all'ammortamento di dette spese e non al valore dei titoli.

Art. 12 - Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'atto di liquidazione del danno, sempreché non sia stata fatta opposizione e sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato.

Art. 13 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per gli immobili ubicati in Italia, nello Stato Città del Vaticano e nella Repubblica di S. Marino.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE (SEMPRE OPERANTI)

Art. 14 - Buona fede

Si conviene che le circostanze influenti ai fini della valutazione del rischio si intendono quelle richiamate in polizza tramite la dichiarazione dell'Assicurato sul Modulo di proposta. Le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipula della polizza, così come la mancata comunicazione, da parte dell'Assicurato, di elementi di aggravamento del rischio non comporteranno decadenza del diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni o inesattezze non investano le caratteristiche essenziali e durevoli del rischio ed il Contraente non abbia agito con dolo.

Art. 15 - Colpa grave

A parziale deroga dell'art. 3 - lettera c) delle presenti Condizioni, la Società risponde dei danni arrecati al fabbricato assicurato, derivanti dagli eventi per i quali è prestata la garanzia, determinati da colpa grave dell'Assicurato.

DEFINIZIONI SPECIFICHE DEL SETTORE INCENDIO

Abitazione/ unità abitativa: casa indipendente (in villa singola o villino a schiera) o appartamento, comprese le pertinenze quali cantine, soffitte, box anche se in corpi separati (rientrante nella definizione di fabbricato che segue), adibito a dimora e, eventualmente destinato in parte, a studio professionale dell'Assicurato e/o dei suoi familiari conviventi incluso il "convivente more uxorio".

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Beneficiario: il soggetto cui spetta l'indennizzo.

Certificato di assicurazione: il documento che riporta gli elementi essenziali dell'assicurazione, quali i dati anagrafici dell'Assicurato e quelli necessari alla gestione di contratto, le dichiarazioni dell'Assicurato, il premio, i dati identificativi del rischio assicurato, le eventuali "Condizioni Particolari Aggiuntive".

Contenuto: l'insieme dei beni di proprietà dell'Assicurato, dei suoi familiari, di persone con lui conviventi, di eventuali collaboratori domestici ed ospiti, posti nella sua abitazione quali arredamento, preziosi, raccolte e collezioni nonché valori inclusi beni in leasing o acquistati con riserva di proprietà.

Contraente: Il soggetto che stipula l'assicurazione con la Società.

Esplosione: sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione, dovuto a reazione chimica che si auto propaga con elevata velocità.

Fabbricato/ Immobile: l'intera costruzione edile, o parte di essa, e tutte le opere murarie e di finitura, compresi fissi, infissi ed opere di fondazione od interrate, impianti fissi idrici ed igienici e sanitari, impianti elettrici fissi, impianti ad uso esclusivo di riscaldamento e condizionamento d'aria, impianti fissi di segnalazione e comunicazione, ascensori, montacarichi, scale mobili come pure altri impianti o installazioni considerati immobili per natura o per destinazione, affreschi, statue non aventi valore artistico. Rientrano nella nozione di fabbricato le relative pertinenze, quali: box, cantine, recinzioni in muratura, cancellate e cancelli, purché realizzate nel fabbricato stesso o negli spazi ad esso adiacenti. (Non costituiscono fabbricato: piante, giardini, cespugli, coltivazioni floreali ed agricole, attrezzature sportive e per giochi, parati, moquette, antenne televisive, paraboliche, impianti elettronici di apertura di cancelli, impianti elettronici antifurto, capannoni presso statici e simili, tendo-strutture, tendoni, gazebo, lucernai, serre, insegne, cavi aerei.

Fenomeno Elettrico: danni agli apparecchi mobili o fissi del fabbricato determinati da correnti, scariche ed altri fenomeni elettrici qualunque sia la causa che li ha determinati, compresa l'azione del fulmine o della elettricità atmosferica senza che vi sia sviluppo di fiamma.

Franchigia: l'importo fisso o percentuale che resta a carico dell'assicurato in caso di danno, prescindendo dall'entità di quest'ultimo.

Incendio: la combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto estendersi e propagarsi.

Incombustibili: le sostanze e i prodotti che alla temperatura di 750° C non danno luogo a manifestazioni di fiamma né a reazione esotermica. Il metodo di prova è quello adottato dal Centro Studi Esperienze del Ministero dell'Interno.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro all'Assicurato o agli aventi diritto.

Implosione: Repentino cedimento di contenitori o corpi cavi per eccesso di pressione esterna o carenza di pressione interna di fluidi.

Limite massimo di indennizzo: La somma massima dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Massimale: il limite massimo che per l'evento assicurato verrà indennizzato a termini di condizioni di assicurazione.

Primo rischio assoluto: forma di assicurazione che, in caso di sinistro, prevede l'indennizzo dei danni sino alla concorrenza della somma assicurata, senza applicazione della regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Rivalsa: Il rivalersi di una perdita, di un danno subito ai sensi dell'Art. 1916 del C.C.

Scoperto: la quota in percento dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato.

Scoppio: il repentino dirompersi di contenitori per eccesso di pressione interna di fluidi, non dovuto a esplosione. Gli effetti del gelo o del "colpo d'ariete" non sono considerati scoppio.

Solaio: il complesso degli elementi che costituiscono la separazione orizzontale tra i piani del fabbricato, escluse pavimentazioni e soffittature.

Tetto/ Tettoia: il complesso degli elementi destinati a coprire ed a proteggere il fabbricato dagli agenti atmosferici, comprese relative strutture portanti (orditura, tiranti o catene).

Tetto – Copertura del: il complesso degli elementi del tetto escluse strutture portanti, coibentazioni, soffittature e rivestimenti.

Valore a nuovo (o di ricostruzione) del Fabbricato: forma di assicurazione che consente di garantire un indennizzo pari corrispondente alle spese necessarie per ricostruire o riacquistare il bene stesso.

Valore a nuovo del Contenuto: forma di assicurazione che consente di garantire un indennizzo pari al costo di rimpiazzo delle cose assicurate con altre nuove uguali oppure, in mancanza, equivalenti per uso, qualità e destinazione,

2- SETTORE INFORTUNI-MALATTIA

CONDIZIONI di ASSICURAZIONE

Premessa: Le Attività assicurate con la presente polizza non prevedono differenze di classi che determinano tariffazioni diverse, sono pertanto garantite tutte le attività professionali ad esclusione di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo. Relativamente a: piloti di aerei, militari in genere e forze dell'ordine sarà operante il solo rischio Extraprofessionale. L'età delle persone assicurabili è fissata alla data di decorrenza che ogni assicurato sia da 18 a 70 anni. Poi in corso di contratto, il superamento di detto limite non sarà condizioni di risoluzione contrattuale.

DESCRIZIONE DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 1 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata, per la persona deceduta in conseguenza di un infortunio, in parti uguali, agli eredi legittimi o testamentari anche se l'evento si verifichi entro due anni dalla data del sinistro avvenuto durante la validità della polizza.

ART. 2 - MORTE PRESUNTA:

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, marittima o aerea e di calamità naturali, il corpo dell'Assicurato non dovesse essere più ritrovato e quindi non si possa effettuare il riconoscimento della salma, la Società liquiderà la somma assicurata per il caso morte a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla scomparsa e sia stato richiesto il certificato di 'Morte Presunta'. Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese mentre l'Assicurato potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Condizioni Aggiuntive Art.1

• **Maggiorazione indennizzo**

Qualora tra gli eredi vi siano figli a carico minori conviventi e nell'evento decedano entrambi i coniugi, di cui uno assicurato con la presente polizza, il totale liquidabile sarà maggiorato del 25% con extra indennizzo massimo pari a 25.000 Euro.

• **Spese funerarie**

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero conseguente ad eventi garantiti, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese sostenute per il rimpatrio della salma con il limite massimo di 1.500,00 Euro.

ART. 3 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni che causino la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo in base alla Tabella di Invalidità Permanente INAIL di cui al successivo art.17.

Nel caso di Assicurato non lavoratore, verrà quantificata la perdita di capacità funzionale della parte colpita da sinistro, secondo i criteri della Medicina legale e sempre con riferimento comunque alla valutazione della Tabella Invalidità Permanente INAIL.

• **Danni estetici**

In caso di infortuni che determinino danni estetici al volto o agli arti, la Società rimborserà le spese sostenute per la riparazione del danno estetico mediante presentazione di notule di spese con il massimo di Euro 2.500,00 per anno e per evento.

ART.4. DIARIA DA RICOVERO da Infortunio e/o da Malattia

La Società corrisponde la diaria per ogni giorno di degenza in cui un infortunio o una malattia causi all'Assicurato il ricovero in istituto di cura (pubblico o privato) anche in forma di Day Hospital, per la durata massima di 120 gg , per evento e 240 gg per anno.

ART. 4.1 - DIARIA DA GESSATURA da Infortunio e/o Malattia:

Qualora in conseguenza dell'infortunio o di una Malattia, sia stata applicata una gessatura in Istituto di cura

o in ambulatorio, verrà corrisposta la diaria prevista nella scheda di polizza sino alla rimozione delle gessature (vedasi definizione) nel limite massimo di 90 gg per evento e 180gg per anno. Sulla garanzia opera una carenza di 30 gg.

Le predette garanzie operano autonomamente se non coincidenti. Operano invece progressivamente nel tempo, per uno solo dei due eventi qualora dovessero coincidere, Ricovero o Gessatura, come specificato nel successivo Art.9.1, Cumulo Indennizzi.

OGGETTO DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 5 - GARANZIE PRESTATE

L'assicurazione vale per:

- gli infortuni professionali,
- gli infortuni extraprofessionali e avvenuti durante il tempo libero,

che producano lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o determinino un ricovero o una gessatura.

ART. 5.1 - Le garanzie operano in tutto il mondo. La valutazione dell'Invalidità Permanente e la liquidazione dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro. Per le spese sostenute in paesi extra comunità europea o con divisa monetaria diversa dall'euro, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Sono considerati infortuni anche:

ART. 5.2 - l'asfissia non di origine morbosa;

ART. 5.3 - gli avvelenamenti acuti da ingestione o l'assorbimento di sostanze (compresi avvelenamenti e lesioni da contatto con sostanze corrosive);

ART. 5.4 - quelli subiti a seguito di malore o incoscienza;

ART. 5.5 - i colpi di sole e di calore;

ART. 5.6 - l'annegamento;

ART. 5.7 - il congelamento e l'assideramento;

ART. 5.8 - le punture di insetti e i morsi di animali ;

ART. 5.9 - infortuni determinati da: terremoti, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto, per questi ultimi eventi, in caso di sinistro che colpisca più assicurati con polizze della Società, l'esborso massimo non potrà superare Euro 4.000.000. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, in modo da non superare, sommate, il limite predetto.

Si intendono in garanzia inoltre.

ART. 5.10 - le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie del disco, muscolari e delle rotture sottocutanee dei tendini;

ART. 5.11 - gli infortuni derivanti da imperizie, imprudenze, negligenze o colpa grave dell'Assicurato nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria, in deroga agli artt.1900 e 1912 del CC,;

ART. 5.12 - gli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dall'inizio degli eventi bellici mentre si trova all'estero. **La presente garanzia non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.**

ART. 6 - VIAGGI AEREI

Ferme le norme che regolano assicurazione in generale, la garanzia è estesa, agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto Pubblico Passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs,
- su apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

ART. 6.1 - La copertura inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

ART. 6.2 - La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza:

- ha durata inferiore ad un anno;

- è stipulata (anche in convenzione) da Agenzie di Viaggio a favore della clientela.

ART. 6.3 - In base a quanto previsto dall'articolo 1 delle Norme Generali che regolano l'Assicurazione di tutti i Settori, e ai sensi e per gli effetti degli art. 1892, 1893 del CC., si deroga l'Assicurato all'obbligo, in base a quanto sappia o venga a conoscenza, di dichiarare se la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:

Euro 1.000.000 per il caso di morte;

Euro 1.000.000 per il caso di invalidità permanente totale;

ART. 6.4 - L'Assicurato si impegna a comunicare alla Società in caso di sinistro la successiva stipulazione di altre assicurazioni contro gli infortuni che includano la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso Assicurato o da altri sulla sua persona, qualora il totale dei capitali assicurati superi i limiti indicati al punto 6.3.

ART. 6.5 - Eventuali aumenti dei limiti al punto 6.3, devono essere preventivamente concordati con la Società.

ART. 7 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga previsto dall'articolo 1916 del Codice Civile.

ART. 8 - ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'assicurato può richiedere, non prima di 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzo e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%. L'acconto della somma da parte della Società potrà avere luogo solo nell'ipotesi in cui il prevedibile indennizzo sia superiore a Euro 10.000,00. Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 9 - CUMULO INDENNIZZI

L'indennizzo per il caso morte è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato dovesse morire in conseguenza dello stesso infortunio, entro un periodo massimo di due anni dal giorno dell'evento, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore, non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 9.1 - Le garanzie, relative alle diarie, non costituiscono cumulo tra di loro; se dovessero coincidere le giornate di più diarie, in tutto o in parte, la diaria verrà corrisposta per uno solo dei due eventi, Ricovero o Gessatura, progressivamente nel tempo.

ART. 10 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Nel caso che la presente assicurazione fosse stipulata per conto altrui, 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 CC..

DELIMITAZIONI / ESCLUSIONI DELLE GARANZIE INFORTUNI-MALATTIA

ART. 11 - Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

01) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato si trovi in uno stato comprovato di ubriachezza o è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

02) dalla pratica di sports aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

03) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta, trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), sci acrobatico e/o estremo, alpinismo in solitaria con scalata di rocce ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore fino a mt. 12, speleologia;

04) dalla partecipazioni ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

05) dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;

06) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

07) da guerra e/o insurrezione;

08) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 12 - SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace 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. L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione. Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere il prolungamento dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

ART. 13 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici costituiscono per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art.1898 C.C. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo, determinano la cessazione dell'Assicurazione.

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Relativamente al presente Settore Infortuni e Malattia, il Contrante è esonerato dal dichiarare altre Assicurazioni per gli stessi rischi già esistenti o che verranno stipulate successivamente, resta solo l'obbligo in caso di sinistro, di comunicare l'evento a tutti gli assicuratori, nel rispetto del'Art.1910 del C.C.

ART. 15 - ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto dei punti 24; 25,28 e 26 delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente non essendo prevista una catalogazione diversa fra le varie attività professionali esercitate a fini tariffari in questo prodotto.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART. 16 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata per persona deceduta in conseguenza di un infortunio in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 17 - INVALIDITÀ PERMANENTE

A) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

Descrizione Invalidità	Percentuali grado di invalidità Tab. INAIL	
	destro	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		

a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita del braccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice			
Perdita delle ultime due falangi del medio		8%	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio - carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	

Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso - metatarso	30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità; ma ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%

N.B. : in caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

C) In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali sopra riportate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

D) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti al punto B) si farà riferimento ai criteri qui di seguito riportati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati al punto B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata con riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell' Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione; la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati al punto B) e ai criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

-per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

ART. 18 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalla seguente tabella;

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
sino a 1	0,40
Da oltre 1 e sino a 2	0,70
Da oltre 2 e sino a 3	1,20
Da oltre 3 e sino a 4	2,00
Da oltre 4 e sino a 5	3,00
Da oltre 5 e sino a 6	4,50
Da oltre 6 e sino a 7	5,50
Da oltre 7 e sino a 8	7,00
Da oltre 8 e sino a 9	8,00
Da oltre 9 e sino a 10	10,00
da 11 a 49	Stessa percentuale accertata

da 50 a 65	75
da 66 a 84	100
Da 85 a 90	150 con il massimo di 200.000,00 Euro
Da 91 a 100	200 con il massimo di 200.000,00 Euro

ART. 19 - DIARIA DA RICOVERO O GESSATURA

La Società corrisponde all'Assicurato le diarie assicurate come previsto nelle "Descrizione della Garanzia" Art. 4 e 4.1, Il pagamento viene effettuato a cura ultimata su presentazione, in originale, di una dichiarazione, rilasciata dall'istituto di cura, attestante la durata del Ricovero della Gessatura e su presentazione di cartella clinica se predisposta; il primo e l'ultimo giorno di Ricovero o Gessatura verranno complessivamente indennizzati per un solo giorno.

Art. 20 - LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate (cumulo sconosciuto), in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di Euro 4.000.000. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

IN CASO DI SINISTRO

ART. 21 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE o ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI O MALATTIA

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- entro 9 giorni dalla data dell'infortunio o malattia, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia e/o banca alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;
- far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi;
- far pervenire tempestivamente cartelle cliniche, dichiarazioni di ricovero o gessature, altri documenti, atti a dimostrare l'entità degli eventi per i quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo,

Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:

- trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;
- consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato il presente obbligo spetta ai beneficiari;

Le spese relative ai documenti sono a carico dell'Assicurato.

ART.22 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE L'assicurazione è valida purché la morte, l'invalidità permanente e le altre prestazioni sanitarie, siano la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art. 21 anche se accertate o avvenute conseguentemente entro 2 anni dalla data dell'infortunio o della malattia . La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono subire all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio sono conseguenze indirette e quindi non sono indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio.

ART. 23 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia, oppure sul grado di Invalidità Permanente, la decisione della controversia può essere demandata, ad un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi. I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso

contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato: luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 Totale Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

DEFINIZIONI SPECIFICHE DEL SETTORE INFORTUNI E MALATTIA

Gessatura: tutela fissa esterna, costituita da fasce, gesso, resine o materiali equivalenti, tutori o altri immobilizzatori mantenuti continuamente da parte dell'Assicurato e non temporaneamente rimovibile dallo stesso.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunati: eventi dovuti a causa fortuita, violente ed esterna, che producono lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Infortunio Professionale: quello avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato.

Infortunio extraprofessionale: quello avvenuto durante l'attività non professionali e il tempo libero.

Invalidità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo. Nel caso di Assicurato non lavoratore, verrà quantificata la perdita di capacità funzionale della parte colpita da sinistro, secondo i criteri della Medicina legale.

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Punti di sutura: Punti praticati in Pronto Soccorso, Istituto di cura o Ambulatorio a seguito di tagli, lacerazioni e similari.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, o il ricovero in forma di Day-Hospital.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

3- SETTORE PERDITE PECUNIARIE

(garanzie valide se espressamente richiamate nelle schede di Proposta e Polizza)

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

Oggetto dell'Assicurazione:

La Società a fronte della :

- **Perdita Involontaria d'Impiego** per Lavoratori Dipendenti di imprese o enti con almeno 3 dipendenti nel registro matricola. (inseguito definita **P11**)

o

- **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo almeno pari al 50%** per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti, Ditte Individuali. (in seguito definita **R1R**)

fornisce le seguenti prestazioni di cui al successivo Art.2

ART.2 - PRESTAZIONI

A seguito di:

- **Perdita Involontaria d'Impiego (P11):** a seguito di perdita involontaria d'impiego, verificatasi dopo il periodo di **carezza di 90 giorni**,

o

- **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo ameno pari al 50% (R1R)** riferita ad una annualità in cui ha efficacia l'Assicurazione, quindi anche nei successivi rinnovi annuali della polizza, che determini una riduzione del reddito annuale lordo almeno pari al 50% rispetto al reddito annuale lordo della annualità direttamente precedente a quella in cui si verifica l'evento sinistro, **intesa come periodo intercorrente tra il 1° gennaio e il 31 dicembre di ogni anno.**

la Società corrisponde un importo forfettario pari a 3.000,00 euro, indicato nella scheda di polizza, a titolo di indennizzo forfettario, del costo delle utenze annuali e degli altri impegni economici legati alla conduzione familiare e degli immobili ove la famiglia risiede o di cui è proprietaria, purché siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui al successivo Art.3 delle presenti Condizioni.

ART.2 – Bis- Tipo Utenze ed Impegni economici assicurati:

Utenze, IUC e Altri Impegni Economici Familiari

Si assicura l'indennizzo forfettario di: Elettricità; Gas domestico e da riscaldamento; Telefono in abbonamento, fisso o mobile; Nettezza Urbana, Bolli auto, Canoni TV, Internet, Spese condominiali; IUC o imposta equivalente, rate di Mutui; rate di prestiti personali; rate di locazioni; Polizze RCA, rette scolastiche- universitarie; rette per Centri di fitness o relative ad altre attività anche sportive di svago.

ART.3 REQUISITI D' ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche da 18 ad 70 anni e che abbiano **utenze annuali e degli altri impegni economici legati alla conduzione familiare e degli immobili ove la famiglia risiede o di cui è proprietaria.**

- Se dipendenti : da almeno 1 anno con contratto a tempo indeterminato e di imprese con almeno 3 dipendenti alla decorrenza della polizza.
- Se Liberi Professionisti o Lavoratori Autonomi: con una partita Iva da almeno 3 anni alla decorrenza della polizza.
E con
- utenze ed impegni riguardanti la conduzione o la proprietà di abitazioni ed intestate al Contraente-Assicurato della polizza o, alle persone fisiche, di familiari conviventi (moglie – marito- compagno-a; figlio –a - genitore) che siano in efficacia al momento dell'evento e non risultino morose alla decorrenza della polizza.

ART. 4 SOGGETTI NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le Persone fisiche o giuridiche che:

- siano a conoscenza, al momento della sottoscrizione del Contratto di elementi che possano determinare la Perdita involontaria dell'Impiego o la Riduzione del Reddito annuale lordo rispetto alla denuncia reddituale dichiarata nella annualità direttamente precedente alla decorrenza della Polizza.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso; nonché la stessa cessazione dell' assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 c.c.

ART.5 - DENUNCIA SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il Contraente o l'Assicurato devono:

a) entro 9 giorni dalla data del sinistro, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società la data dell'evento la causa presumibile che lo ha determinato. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;

b) far pervenire tempestivamente tutti i documenti, richiesti in base alle Condizioni di Assicurazione per richiedere l'indennizzo utilizzando anche il modello messo a disposizione dalla Società stessa o reperibile presso la Società stessa.

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE SEZIONE A

ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (valida per lavoratori dipendenti)

ART.6- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione a seguito di licenziamento, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art .7 "INDENNIZZO" qualora:

- si sia verificato un Sinistro, consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della copertura ai sensi del successivo Art.3 delle Norme Generali che regolano l' Assicurazione di tutti i Settori;
- la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di **Carenza di 90 giorni** successivo alla data di decorrenza delle garanzie;
- Il sinistro non rientri nelle successive esclusioni di cui al successivo Art.8 "ESCLUSIONI";
- L' Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 5 e al successivo Art.9 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" , sia iscritto alla Cassa disoccupazione Inps e percepisca il relativo assegno.

ART.7 – INDENNIZZO

in base alla Copertura per il Caso di Perdita Involontaria d'Impiego, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, la Società corrisponde, l'importo forfettario a titolo di rimborso **delle utenze annuali e degli altri impegni economici legati alla conduzione familiare e degli immobili.**

L'indennizzo verrà liquidato all'Assicurato entro 30 gg dalla presentazione di tutta la documentazione richiesta a fronte della denuncia di sinistro di cui al successivo Art.9 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART.8 – ESCLUSIONI

Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per i casi di Disoccupazione se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente a Tempo indeterminato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro e l'impresa di cui era dipendente al momento della decorrenza della polizza aveva meno di 3 Dipendenti.
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico Inps con lo status di disoccupato in Italia e ne percepisca il relativo assegno.
- alla data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita e la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Collaboratori Coordinatori Continuativi);
- l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana o RSM o CSV;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall' Art 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza;

ART.9- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

- Ai fini della denuncia del Sinistro, di cui al precedente Art.6 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:
- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro o in mancanza copia dell'ultimo CUD rilasciato dall'Impresa da cui dipendeva;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia ;
- l'attestazione del ricevimento e dell'importo delle indennità di Disoccupazione.
- Copia di almeno una bolletta per ciascuna utenza e delle altre spese sostenute nella annualità riguardante l'indennizzo da corrispondere;
- Attestazione di convivenza nei casi in cui, le utenze o le altre spese sostenute siano di persone diverse dal Contraente-Assicurato ma di familiare convivente, come previsto dall'Art.3 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di Assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione a seguito di Perdita Involontaria di Impiego, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un lavoratore dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

SEZIONE B

ASSICURAZIONE Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo (valida per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti, Ditte Individuali)

ART.10- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo** riferita ad una annualità in cui ha efficacia l'Assicurazione, quindi anche nei successivi rinnovi annuali della polizza, che determini una riduzione del reddito annuale lordo almeno pari al 50% rispetto al reddito annuale lordo della annualità direttamente precedente a quella in cui si verifica l'evento sinistro, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art.13 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro che ha determinato la Riduzione di Reddito di almeno il 50% si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del successivo Art. 3 delle Norme Generali che regolano l'Assicurazione di tutti i Settori;
- ;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art.12 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 5 e al successivo Art.13 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI"

ART.11 – INDENNIZZO

in base alla Copertura per il Caso di Riduzione involontaria del Reddito Lordo Annuo, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, la Società corrisponde l'importo forfettario **delle utenze annuali e degli altri impegni economici legati alla conduzione familiare e degli immobili** e risultante dalla partite attivate nella scheda di Polizza.

L'indennizzo verrà liquidato all'Assicurato entro 30 gg dalla presentazione di tutta la documentazione richiesta a fronte della denuncia di sinistro di cui al successivo Art.13 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART.12 – ESCLUSIONI

Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo almeno pari al 50% se:

- **la Partita Iva relativa alla propria attività non fosse attiva da almeno 3 anni prima della decorrenza della polizza;**
- **l'Assicurato non ha prestato la propria attività o non ha prodotto reddito in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.**
- **alla data di decorrenza dell'Assicurazione l'Assicurato era a conoscenza della prossima drastica riduzione del suo reddito o comunque gli erano note circostanze economico commerciali che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
- **la Riduzione del Reddito sia la conseguenza della chiusura volontaria, senza oggettivo motivo, dell'attività;**
- **la Riduzione del Reddito sia la conseguenza di pensionamento, prepensionamento o alla messa in Cassa Integrazione ordinaria o straordinaria;**
- **la Riduzione del Reddito sia un evento programmato in base a contratti a tempo determinato che escludano tassativamente rinnovi di incarichi o di lavori definiti "Lavori a Progetto";**
- **la Riduzione del Reddito sia la conseguenza di procedimenti emanati da autorità giudiziarie che abbiano accertato irregolarità legali od amministrative relative all'attività svolta;**
- **la Riduzione del Reddito sia la conseguenza di "malagestio", incuria o depauperamento ingiustificato delle attrezzature e mezzi necessari all'attività svolta (onere della prova a carico della Società);**
- **l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;**
- **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;**
- **l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della proposta, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall' Art 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.**

ART.13 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, di cui al precedente Art.5 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:

- **copia delle denunce dei Redditi rispettivamente dell'anno precedente e dell'anno in cui si sia verificato l'evento- sinistro;**
- **dichiarazione scritta dei motivi che hanno determinato la riduzione del reddito**
- **copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;**
- **Copia di almeno una bolletta per ciascuna utenza e delle altre spese sostenute nella annualità riguardante l'indennizzo da corrispondere;**

- Attestazione di convivenza nei casi in cui, le utenze o le altre spese sostenute siano di persone diverse dal Contraente-Assicurato ma di familiare convivente, come previsto dall'Art.3 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché deve consentire alla Compagnia le Indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia di Assicurazione stessa.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo , nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 360 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato abbia presentato una nuova denuncia dei Redditi alla quale si farà riferimento per la nuova eventuale riduzione del 50% prevista dalla garanzia.

DEFINIZIONI SPECIFICHE DEL SETTORE PERDITE PECUNIARIE

Amministratore di Società: L'amministratore Unico o quello designato nella scheda di Proposta e Certificato come Assicurato. Ai fini della garanzia Riduzione Involontaria del Reddito, sarà preso come parametro il reddito della Società che sta rappresentando.

Beneficiario: l'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione quando si verifica il sinistro.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Piano Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Disoccupazione: lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente, qualora egli:

- abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali o percepisca una indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro irragionevolmente.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza a seguito del verificarsi di un sinistro.

Lavoratore Autonomo, Libero Professionista : la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione all'anno precedente, che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (così come indicata nella definizione di Lavoratore Dipendente di seguito riportata e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli : 29 (reddito agrario) ;49 (redditi di lavoro autonomo); 51 (redditi d'impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza, le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto (ex Collaboratori Coordinati Continuativi).

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato. Sono altresì Lavoratori Dipendenti, coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: b) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), g) (indennità parlamentari ed assimilate).

Perdita involontaria d'impiego: la perdita da parte dell'Assicurato dello stato di Lavoratore Dipendente a seguito di licenziamento, indipendente dalla sua volontà o colpa che generi lo stato di Disoccupazione.

Polizza/Certificato: il documento rilasciato dalla Compagnia che identifica le prestazioni, la durata e i costi per Assicurato. In tale documento viene indicato l'importo erogato e la rata mensile di ammortamento.

Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo almeno pari al 50%: Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo, riferita ad una annualità in cui ha efficacia l'Assicurazione, che determini una riduzione del reddito annuale lordo almeno pari al 50% rispetto al reddito annuale lordo della annualità direttamente precedente a quella in cui si verifica l'evento sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'Assicurazione.

Stato Occupazionale: lo specifico stato lavorativo o meno dell'Assicurato al momento del sinistro.

Utenze Familiari: Le utenze relative a forniture di beni e prestazioni, fornite da Enti autorizzati per la gestione familiare delle unità abitative e dei servizi vari. In particolare si intendono in senso generale: **Elettricità; Gas domestico e da riscaldamento; Telefono in abbonamento, fisso o mobile; Nettezza Urbana, Bolli auto, Canoni TV; Spese condominiali; IUC o altre similari.**

Impegni economici legati alla conduzione familiare: altri costi sostenuti annualmente nell'ambito della gestione familiare quali: rate di Mutui, rate di Prestiti Personali; rate di locazioni; rate di spese per rette scolastiche- universitarie; Polizze RCA su veicoli di proprietà della famiglia, rate per fitness o di altre attività sportive di svago.

4 - SETTORE LONG TERM CARE

(garanzie valide se espressamente richiamate nelle schede di Proposta e Polizza)

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE –

1a) Garanzie prestate.

La presente assicurazione garantisce a fronte di un premio annuale costante, l'assicurato, nei limiti del massimale mensile assicurato di 500 euro indicato in polizza, l'indennizzo forfettario delle spese sanitarie sostenute quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- **lavarsi:** capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- **alimentarsi:** capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- **muoversi:** capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,

oppure è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, giustificanti l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana di cui sopra.

1b) Prestazione assicurata e relativo premio

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e finchè persiste tale stato, percepirà un indennizzo mensile a titolo di rimborso spese forfettario, di 500 euro mensili indicato nella scheda di polizza e sarà esonerato dal pagamento dei premi alle scadenze. Se l'assicurato non è più non autosufficiente, l'erogazione dell'indennizzo mensile viene sospeso per essere riattivato senza l'applicazione di un'ulteriore franchigia qualora ritorni non autosufficiente. Il premio corrisposto per ciascun assicurato resterà invariato per tutta la durata in cui la polizza resterà in vita senza scatti di premi relativi agli scaglioni di età successivi. Potranno essere richiesti adeguamenti del premio indicato nella scheda di polizza a quinquennio con almeno un preavviso di 60 giorni prima della scadenza annuale. Qualora il Contraente non fosse d'accordo con la richiesta di aumento, potrà dichiarare la risoluzione contrattuale dalla scadenza per la quale è stato richiesto l'adeguamento.

1c) Condizioni di pagamento delle prestazioni

Il riconoscimento da parte della Società dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato darà diritto allo stesso di usufruire dell'Indennizzo garantito, a decorrere dal 91° giorno successivo (c.d. franchigia) alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

L'indennizzo sarà corrisposto a titolo di rimborso spese forfettario con cadenza semestrale posticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza.

Durante il periodo di pagamento dell'Indennizzo, qualora l'Assicurato dovesse recuperare capacità psicomotorie e funzionali che lo rendessero, quindi, autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione alla Società entro 30 giorni. In caso di decesso, saranno gli eredi, entro 30 giorni, a darne comunicazione alla Società .

1d) Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del sinistro.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dello stato di autosufficienza, la Società comunicherà al Contraente ed al Beneficiario la sospensione del pagamento dei rimborsi e la sospensione dell'esonero pagamento premi. Il Contraente sarà tenuto al pagamento del premio di polizza a decorrere da quello immediatamente successivo alla comunicazione della Società anche se frazionato in rate sub-annuali. Un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato dovrà essere presentato ogni qualvolta la Società lo ritenga necessario e lo richieda espressamente. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento dell'indennizzo verrà sospeso.

Art. 2. RISCHI ESCLUSI

Le prestazioni previste nel contratto non sono accordate all'Assicurato se la causa diretta che poi dia luogo allo stato di non autosufficienza esisteva al momento della sottoscrizione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- **dolo o colpa grave del Contraente e del Beneficiario**
- **partecipazione attiva dell'assicurato ad atti dolosi**

- tentativo di suicidio dell'Assicurato, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, alcolismo acuto o cronico
- contaminazione radioattiva
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo
- omissione o falsa dichiarazione intenzionale dell'Assicurato
- disturbi mentali di origine non organica (es. psicosi, nevrosi, sindromi ansioso-depressive ecc.)

Art. 3. REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- di età compresa tra 18 e 70 anni, non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza ;
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa attraverso il mod. QSLTC01

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcol – stupefacenti – farmaci psicoattivi);
- psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindrome organiche cerebrali.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 4. TERMINI DI ASPETTATIVA – CARENZE

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno in cui ha effetto l'assicurazione;
- per la Non Autosufficienza da malattia o dalla HIV, 1 anno di carenza da quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- Dopo un periodo di carenza di 3 anni a decorrere dalla data effetto l'assicurazione nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione di contratto analogo, riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra operano con sequenza alla prima polizza.

In caso di sinistro durante il periodo di carenza i premi pagati vengono rimborsati e conseguentemente si annulla la polizza.

Art. 5. VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione è valida se l'evento o gli eventi che hanno determinato la non autosufficienza siano avvenuti o riscontrati :

- Infortuni : in tutto il mondo.
- Malattia : in tutto il mondo.

SINISTRI. DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 6. DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato, o le persone che lo assistono, devono dare tempestiva comunicazione del sinistro alla Società, fornendo ogni notizia e documento ad esso relativi. L'omessa o tardiva comunicazione può comportare sia la perdita del diritto all'indennizzo, sia il riconoscimento di un indennizzo ridotto, secondo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile .

Art. 7. RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Verificatasi la non autosufficienza dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato dovrà inoltrare denunciare alla Società per gli opportuni accertamenti, facendo pervenire alla stessa, a mezzo lettera raccomandata, la completa documentazione necessaria alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato.

Tale documentazione dovrà comprendere un circostanziato certificato redatto dal medico curante o dal medico ospedaliero che ha – o ha avuto – in cura l'Assicurato, dal quale possa evincersi il grado di non autosufficienza dell'Assicurato stesso, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori (della stessa) e la precisazione circa la patogenesi (accidentale o da malattia) delle condizioni di inabilità. (di non autosufficienza).

A fronte della denuncia, la Compagnia invierà all'assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, la compagnia si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

L'indennizzo sarà corrisposto nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato risulterà confermato e consolidato in maniera definitiva, tale da escludere ragionevolmente la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Una richiesta rifiutata potrà essere esaminata nuovamente dalla compagnia alle seguenti condizioni:

- sia trascorso un intervallo minimo di tempo di 3 mesi dalla risposta di rifiuto della Compagnia;
- siano nuovamente inviati gli accertamenti sanitari. Questi ultimi dovranno essere successivi alla data del rifiuto e dovranno giustificare l'aggravamento dello stato di salute.

Art. 8. ARBITRATO IRRITUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sull'entità del danno, relativamente alle garanzie prestate, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si riuniscono nel Comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale.

Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti che rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

DEFINIZIONI SPECIFICHE DEL SETTORE LONG TERM CARE

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Autosufficienza: E' considerata autosufficiente la persona che si trova nella capacità di poter compiere 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana senza l'assistenza di una terza persona:

- **lavarsi:** capacità di mantenere in modo autonomo un livello di igiene personale confacente alle abitudini;
- **alimentarsi:** capacità di servirsi e di mangiare del cibo precedentemente preparato e messo a disposizione;
- **muoversi:** capacità di spostarsi su una superficie piana, anche attraverso l'aiuto di un equipaggiamento specifico;
- **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi i propri vestiti eventualmente riadattati,

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni dall'inizio della efficacia della polizza durante i quali il Piano Assicurativo non è efficace relativamente agli eventi derivanti da Malattia e Perdita di Impiego. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

Indennizzo: la somma indicata in polizza, corrisposta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: tecnica terapeutica cruenta applicata sull'Assicurato, mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad infortunio.

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medico chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio..

Polizza: il documento sottoscritto dal Contraente e dalla Società, riportante le prestazioni e le garanzie scelte la decorrenza, la scadenza e il premio da corrispondere.

Premio: la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura.

Sinistro: l'evento futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato.

NORME GENERALI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTTI I SETTORI PREVISTI DALLA PRESENTE POLIZZA.

ART. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 CC. .

ART. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni tranne quelle infortuni. **In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

ART. 3 – Durata dell'Assicurazione - Pagamento del premio e Frazionamento mensile

La durata fissata per la presente polizza è annuale con tacito rinnovo.

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. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. i premi devono essere pagati all'agenzia/banca alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.**

Il frazionamento della presente polizza è mensile e il Contraente autorizza il pagamento del premio con disposizione permanente di addebito del premio lordo mensile sul conto corrente bancario o postale indicato nella scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione a favore dell'Intermediario o della Società.

Qualora il Contraente non dovesse corrispondere rate di premio intermedie nel corso della annualità assicurativa, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ai sensi dell'art. 1901 c.c..** Trascorse tre mensilità consecutive di scadenze mensili insolute, la Società risolverà il contratto e tratterà i premi pagati dal Contraente senza restituzione alcuna. Si pattuisce inoltre, tra il Contraente e la Società, con sottoscrizione nella scheda di proposta che qualora si sia verificato un sinistro regolarmente denunciato, in presenza di morosità di rate di premi mensili, la Società, per dar seguito all'indennizzo del sinistro, tratterà da questo, tutti i premi mensili insoluti, sino al completamento dell'annualità assicurativa.

ART. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c.

ART. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 7 - Recesso in caso di sinistro.

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso. Tale Condizione non si applica a seguito di sinistri relativi a garanzie Malattia e Long Term Care.

ART. 8 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno. Anche se il contratto fosse stipulato per una durata poliennale, è facoltà delle parti recedere ad ogni scadenza annuale dell'Assicurazione.

ART. 9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

ART. 10 - Rinvio alle norme di legge Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

DEFINIZIONI GENERALI RELATIVE A TUTTI I SETTORI PREVISTI DALLA PRESENTE POLIZZA.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Beneficiario: l'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione quando si verifica il sinistro.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni dall'inizio della efficacia della polizza durante i quali il Piano Assicurativo non è efficace relativamente agli eventi derivanti da Malattia e Perdita di Impiego. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

Franchigia: periodo espresso in giorni, non indennizzabile per ogni sinistro che resta a carico dell'Assicurato/Beneficiario.

Indennizzo: la somma indicata in polizza, corrisposta dalla Società in caso di sinistro.

Massimale: il limite massimo che per l'evento assicurato verrà indennizzato a termini di condizioni di assicurazione

Polizza/Certificato: il documento rilasciato dalla Compagnia che identifica le prestazioni, la durata e i costi per Assicurato. In tale documento viene indicato l'importo erogato e la rata mensile di ammortamento.

Premio: la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

Sinistro: l'evento futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato.

Società: CF Assicurazioni S.p.A.