



Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A.

Contratto di Assicurazione

Infortunati, Malattia e Perdite Pecuniarie

CF EMIL BANCA RELAX

Mod. 008.2015.EBRL ed.05.19

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- *Documento Informativo Precontrattuale*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione con Glossario*
- *Proposta di Assicurazione*

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo

Polizza CF EMIL BANCA RELAX mod. 008.2015.EBRL ed.05.19
DIP-Documento informativo precontrattuale dei contratti assicurazioni danni
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF EMIL BANCA RELAX"
Il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE E'?

La polizza CF EMIL BANCA RELAX è una polizza Rami Danni che prevede degli indennizzi finalizzati al mantenimento dello stato patrimoniale dell'Assicurato nel caso in cui gli eventi garantiti ne potrebbero ridurre o azzerare le potenzialità.



CHE COSA E' ASSICURATO?

- ✓ **A- Morte da Infortunio (MI);** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- ✓ **B- Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia (IPT);** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- ✓ **C- Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Malattia (ITT)** (garanzia operante per liberi professionisti, lavoratori autonomi e dipendenti pubblici o statali)
- ✓ **D- RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- ✓ **E- Grandi Interventi Chirurgici da Infortunio e Malattia** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- ✓ **F- Perdita Involontaria impiego (PII)** (garanzia operante per Lavoratori Dipendenti Privati assunti a tempo indeterminato da almeno 12 mesi)



CHE COSA NON E' ASSICURATO?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- X che alla data di scadenza della polizza , superino 75 anni compiuti.
- X che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute.
- X se dipendenti di imprese private siano assunti con contratto a tempo indeterminato da meno di 12 mesi.

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

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



CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA?

La polizza prevede limiti d'indennizzo, carenze e franchigie:

| | |
|--------------|---|
| ! Garanzia B | Limite d'Indennizzo: pari alla somma della combinazione scelta. Carenza: 90 gg per Malattie |
| ! Garanzia C | Limite d'Indennizzo: pari a 6 rate della combinazione scelta, per sinistro, con il massimo di 12 rate per le durata di 1, 3 0 5 anni, con il massimo di 18 rate per la durata 10 anni. Carenza: 60 gg per Malattie e franchigia 60 gg. |
| ! Garanzia D | Limite d'Indennizzo: pari a 6 rate della combinazione scelta, per sinistro, con il massimo di 12 rate per le durata di 1, 3 0 5 anni, con il massimo di 18 rate per la durata 10. Carenza: 60 gg. franchigia 7 gg |
| ! Garanzia F | Limite d'Indennizzo: pari a 6 rate della combinazione scelta, per sinistro, con il massimo di 12 rate per le durata di 1, 3 0 5 anni, con il massimo di 18 rate per la durata 10 Carenza: 90 gg e franchigia 60 gg. |



CHE OBBLIGHI HO?

- Il Contraente deve sottoscrivere delle dichiarazioni in ordine alle circostanze del rischio che vengono proposte dalla Impresa nella Proposta di Assicurazione .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, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.



QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?

Il primo premio si deve pagare il giorno della decorrenza della polizza o quando la proposta e certificato vengono emessi e sottoscritti dalle parti. Se previsto il frazionamento annuale, le rate successive alle rispettive scadenze annuali stabilite.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari con i quali è stata conclusa la polizza.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI: Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (da almeno 30 Euro)



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza indicata nella proposta e nel Certificato di Assicurazione se il premio è stato corrisposto in quella data o in data antecedente, altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

L'Assicurazione cessa alla scadenza prevista in polizza in base alla durata contrattuale.



DOVE VALE LA COPERTURA?

- ✓ Le Garanzie Infortuni e Malattia valgono in tutto il mondo.
- ✓ La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.
- ✓ La perdita d'impiego opera solo in Italia, Repubblica di San Marino o Stato del Vaticano in quanto gli assicurati devono essere dipendenti di aziende residenti nei predetti Stati.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Inviando una lettera di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.

Se il contratto prevede la scelta di durata poliennali e pagamento del premio in unica soluzione, lo stesso cesserà in automatico alla scadenza prevista senza necessità di invio di raccomandata.

Polizza CF EMILBANCA RELAX mod. 008.2015.EBRL ed.05.19

DIP-DOCUMENTO AGGIUNTIVO DANNI

CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF EMILBANCA RELAX"

Il presente DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

CF Assicurazioni S.p.A. Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione con il numero n.1.00158

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 e cfassicurazioni@pec.it. Capitale sociale 38.707.500 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. 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.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:

L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2018 è pari a euro 37.592.670 , di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 38.707.500;
- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro -1.114.830.L'indice di solvibilità è pari al 155,92% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione e disponibili sul sito:

<https://www.cfassicurazioni.com/il-gruppo-cf/bilanci-e-pubblicazioni.htm>

Al contratto si applica la legge italiana.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



CHE COSA NON E' ASSICURATO

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Inoltre: Rischi Esclusi

ESCLUSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE DA INFORTUNIO-INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE; INABILITA' TEMPORANEA TOTALE;RICOVERO OSPEDALIERO e GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI. Sono esclusi dall'oggetto della garanzie i sinistri causati da:

- invalidità permanenti preesistenti nonché Inabilità, Ricoveri ed Grandi Interventi derivanti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza della polizza;
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- infortuni derivanti dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiole;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere,
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato,
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da

Infortunio o Malattia dell'Assicurato;

- parto, gravidanza, aborto spontaneo o volontario ,o complicazioni derivanti da tali eventi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai beneficiari designati;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- le degenze in Case di Riposo, di Convalescenza, di Soggiorno Cronicari o in stabilimenti o centri di Cure Termali, Idroterapici, Fitoterapici, Dietologi o del benessere;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X,
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- dolo dell'Assicurato.

Sono comprese invece le malattie tropicali di cui al R.D 07.02.1938 n.281 di cui gli assicurati fossero colpiti durante soggiorni in tutto il mondo purché gli stessi si siano preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Relativamente alla garanzia Perdita d'Impiego nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Pensionato. Non sono coperti dalla presente polizza 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.
- L'impresa della quale dipendeva non aveva alla data della decorrenza della polizza almeno 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;
- 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".

**CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**CHE OBBLIGHI HO?**

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

L'Assicurato o i suoi aventi causa devono predisporre entro 3 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 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..

La denuncia andrà inviata all'Intermediario a cui è assegnata la polizza o, in alternativa alla Direzione Generale dell'Impresa- Divisione Sinistri ai seguenti

Recapiti: Divisione Sinistri CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma. Recapito mail: sinistri@cfassicurazioni.com oppure, sinistricf@pec.it.

Alla denuncia si deve allegare la seguente documentazione probatoria a seconda delle garanzie operanti.

Per il caso Morte:

copia del certificato di morte e la causa che l'ha determinata;

copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita.

Per il Caso Invalidità Permanente Totale

notifica di Invalidità Permanente Totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc. , in difetto di relazione, del medico legale attestante l'Invalidità Permanente Totale, il relativo grado e la causa della stessa.

Per il Caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero

copia dei certificato dei Pronto Soccorso (per infortunio);

copia dei referti medici e della cartella clinica;

copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;

copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;

attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore.

Per il Caso Grande Intervento Chirurgico

copia della Cartella Clinica relativa all'intervento chirurgico subito e la causa che l'ha determinato;

copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;

certificato di Stato famiglia;

attestazione dell'attività professionale esercitata.

Per il Caso Perdita Involontaria d'Impiego

copia di un documento di identità:

copia della scheda professionale e del contratto di lavoro o in mancanza di questi, ultimo CUD rilasciato dall'Impresa da cui dipendeva:

atto attestante il numero dei dipendenti dell'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.

Per tutte le tipologie di sinistro:

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.

| | |
|---|---|
| Assistenza diretta/ In Convenzione | Questo contratto non prevede forme di Assistenza sia in forma diretta che in convenzione. |
| Gestione da parte di altre Imprese | Questo contratto non prevede forme di gestione da parte da altre imprese. |
| Prescrizione | 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. |
| Dichiarazioni inesatte o reticenti | 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. . |
| Obblighi dell'Impresa | La Società, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio) e ricevuta tutta la documentazione prevista, provvederà, entro i successivi 30 giorni al pagamento dell'Indennità che verrà corrisposta in Italia, in valuta italiana. |



QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?

| | |
|----------|--|
| Premio | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. |
| Rimborso | Non sono previsti rimborsi di premio in corso di validità del contratto. |



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

| | |
|-------------|--|
| Durata | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. |
| Sospensione | Non sono previste sospensioni di garanzie in corso di validità del contratto |



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

| | |
|-----------------------------------|--|
| Disdetta | Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. |
| Ripensamento dopo la stipulazione | Il prodotto non prevede la clausola di recesso entro un periodo dalla data di stipulazione. |
| Risoluzione | Il contratto si può risolvere solo con disdetta, alla sua naturale scadenza poliennale o in caso di sinistro, come da Condizioni di Assicurazione. |



A CHI E' RIVOLTO QUESTO PRODOTTO

Alle persone che hanno impegni personali e familiari con il fine di poter mantenere lo stato patrimoniale dell'Assicurato nel caso in cui gli eventi garantiti ne potrebbero ridurre o azzerare le potenzialità.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE

I premi annuali o per 3 ; 5 o 10 anni in unica soluzione previsti dalle tariffe del prodotto.

Costi di Intermediazione: In media gli intermediari ricevono una commissione del 50,00% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

| | |
|---|--|
| All'impresa assicuratrice | Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Gestione Reclami di CF Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo in Roma - Via Paolo di Dono, 73 - 00142 o tramite e-mail alla seguente casella di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com 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, |
| All'IVASS | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it |
| PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali: | |
| Mediazione | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98) |
| Negoziazione assistita | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. |

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie**Arbitrato**

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia e sulla quantificazione dei giorni della Inabilità Temporanea Totale, 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.

Per **liti transfrontaliere** è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

AVVERTENZA: PRIMA DI RISPONDERE ALLE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA SCHEDA PROPOSTA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

Il presente documento è aggiornato al 31.12.2018

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

- A) Morte da Infortunio (MI);** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- B) Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia (IPT);** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- C) Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o malattia (in seguito definita ITT)** (garanzia operante per liberi professionisti, lavoratori autonomi e dipendenti pubblici o statali)
- D) Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia (RO))** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- E) Grandi Interventi Chirurgici da Infortunio e Malattia (GIC)** (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)
- F) Perdita Involontaria impiego (PII)** (garanzia operante per dipendenti di azienda con almeno 12 mesi di servizio)

Le garanzie sono prestate dalla Società in base alle comunicazioni ed alle dichiarazioni degli Assicurati. Le garanzie Infortuni e Malattia sono valide senza limiti territoriali, ma la garanzia Invalidità Permanente Totale, deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;

ART.2 - PRESTAZIONI

Morte per Infortunio (MI)

La Società corrisponde la somma assicurata per la persona assicurata 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.

Invalidità Permanente Totale (IPT) : la Società corrisponde la somma assicurata in base alla Copertura per il caso di invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui in Polizza. Periodo di carenza di 90 giorni per le malattie. Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): la Società corrisponde la Indennità Mensile assicurata per Inabilità Temporanea Totale avente inizio trascorso il periodo di carenza di 60 giorni per le malattie, e per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale successivo al periodo di franchigia di 60 giorni, l'Indennizzo sarà corrisposto per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi successivi se perdura la Inabilità Temporanea Totale. Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'inabilità Temporanea Totale. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine dello stato di Inabilità Temporanea Totale.

Ricovero Ospedaliero (RO): La Società corrisponde un Indennizzo per ogni Ricovero Ospedaliero verificatosi successivamente al periodo di carenza di 60 giorni per le malattie e per ciascuna Indennità Mensile assicurata durante il periodo di ricovero ospedaliero successivo al periodo di franchigia di 7 giorni, l'indennizzo è pari alla rata e sarà corrisposto per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi . Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data di ricovero a seguito di Infortunio o in caso di Malattia, attestato da Ente preposto. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine del Ricovero Ospedaliero.

Grandi Interventi Chirurgici (GIC) la Società corrisponde l'indennità prevista in forma forfettaria in caso di Grande Intervento a cui sia stato sottoposto l'Assicurato nei limiti e alle condizioni di cui alle Condizioni di Assicurazioni. Opera una Carenza 120 giorni se l'evento è derivante da Malattia.

Perdita Involontaria d'Impiego (PII): la Società corrisponde la Indennità Mensile assicurata nel periodo di inattività comprovato di mese in mese, successivo al Periodo di carenza di 90 giorni e della franchigia di 60 giorni, nei limiti di cui al successivo art. 21 Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data del sopravvenire dello stato di Disoccupazione dell'Assicurato per i casi previsti. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine della disoccupazione o al termine del massimo previsto per indennizzo o comunque al momento del raggiungimento del diritto all'indennità di pensionamento dell'Assicurato.

ART.3 REQUISITI D' ASSICURABILITA'

Per Infortuni, Malattia sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- di età compresa tra 18 e 70 anni alla data di stipulazione della presente polizza e che non superino i 75 anni in corso di contratto;

- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di buono stato di salute contenuta nello stesso.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, richieste dalla Società e sottoscritte nella scheda di polizza devono corrispondere a verità ed esattezza. Anche se non espressamente prevista dalla formalità di ammissione alle Garanzie Assicurative, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

ART.4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione decorre dalle ore 24,00 del giorno di effetto indicato nella proposta e nel Certificato di polizza, a condizione che il premio sia stato pagato, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla ore 24,00 della data in cui viene pagato il premio. La durata dell'Assicurazione può essere di durata di anni uno con tacito rinnovo; tre, cinque o dieci anni senza tacito rinnovo. Il frazionamento del premio è previsto mensile e regolato come stabilito nel successivo Art.30 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurazione inoltre, cessa in ogni caso:

- alla prima scadenza successiva il compimento del 75^o anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione, da parte della Società di Assicurazione, nell'ambito della garanzia Morte o Invalidità Permanente Totale;
- in caso d' esercizio del diritto di recesso dalle Garanzie Assicurative, da parte dell'Assicurato o della Società.

ART.5 – SUDDIVISIONE SOMME ASSICURATE

Nel caso fossero indicati 2 Assicurati, Contraente e altro Assicurato, le somme assicurate, relative a tutte le garanzie previste dalla presente polizza, si intenderanno suddivise al 50% per ciascun assicurato.

ART.6 - LIMITI D' INDENNIZZO

L'indennizzo sarà pari a:

- per il caso di Morte da Infortunio, la Somma Assicurata e indicata nella scheda di polizza;
- per il caso di Invalidità Permanente Totale, la Somma Assicurata e indicata nella scheda di polizza;
- per il caso di Inabilità Temporanea Totale, la Somma Assicurata e indicata nella scheda di polizza con il massimo di 6 rate per evento e 18 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata decennale e 12 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata annuale, triennale o quinquennale;
- per il caso Ricovero Ospedaliero la Somma Assicurata e indicata nella scheda di polizza con il massimo di 6 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e 18 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata decennale e 12 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata annuale, triennale o quinquennale;
- per il caso Grandi Interventi la Somma Assicurata e indicata nella scheda di polizza a titolo di indennizzo forfettario senza riferimenti a costi sostenuti o meno.
- per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego la Somma Assicurata e indicata nella scheda di polizza con il massimo di 6 rate per evento e 18 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata decennale e 12 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata annuale, triennale o quinquennale.

ART.7 - DENUNCIA SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) entro 10 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 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.;
- b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi.

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

A- ASSICURAZIONE PER INFORTUNIO - CASO MORTE (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)

ART.8 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata per persona deceduta in conseguenza di un infortunio che si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art 4,e del successivo Art.10, in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari.

B - ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)

ART.9- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Permanente Totale, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.10 qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art 4.
- l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del sinistro da Infortunio o da Malattia che l'ha provocata e sia successiva alle ore 24,00 dalla data termine del Periodo di Carenza per malattia di 90 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo di cui al successivo Art.10.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 17 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7 e successivo Art. 18 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.10 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Morte da Infortunio e Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari alla Somma Assicurata.

Nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire a seguito di causa diversa dall'evento che abbia determinato la Invalidità Permanente, anche in caso di non quantificazione del grado della stessa da parte di Medici Legali incaricati da CF assicurazioni S.p.A.ma in presenza di accertamenti eseguiti prima del decesso da altri Enti riconosciuti come INAIL, INPS o similari, CF assicurazioni S.p.A. procederà a liquidare sulla base di queste quantificazioni, agli eredi legittimi e/o testamentari.

C) ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia operante per liberi professionisti, lavoratori autonomi e dipendenti pubblici o statali)

ART.11 OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.12 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro da l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4;
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni per i soli eventi da malattia successivo alla data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 17 "ESCLUSIONI" ;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7 e successivo Art. 18 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.12 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro, di una somma pari alla somma assicurata.

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una indennità mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 60 giorni dall'effetto della polizza a titolo di carenza e dopo 3 mesi continuativi di Inabilità Temporanea Totale, trascorso il periodo di carenza, ed al netto di due mesi (60gg) a titolo di franchigia. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità Temporanea Totale.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 6 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e con massimo di 12 indennizzi per polizze di durata annuale, triennale o quinquennale e con massimo di 18 indennizzi per polizze di durata decennale.

D) RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia operante per tutte le tipologie di lavoratori e non)

ART.13 OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.14 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro che ha determinato il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni da malattia successivo alla data di decorrenza della polizza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art.17 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.7 e successivo Art. 18 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI"

ART.14 - INDENNIZZO L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Ricovero Ospedaliero, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro, di una somma pari alla somma assicurata. Per ogni sinistro, il primo Indennizzo pari ad una indennità mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 60 giorni dall'effetto della polizza a titolo di carenza da malattia. Il primo indennizzo sarà liquidato trascorso il periodo di carenza, e sarà indennizzato al netto di 7 giorni a titolo di franchigia. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 6 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e 18 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata decennale e 12 nell'arco dell'intera durata della polizza se di durata annuale o quinquennale.

E) ASSICURAZIONE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI DA INFORTUNIO O MALATTIA (garanzia operante per tutti gli assicurati)

ART. 15- OGGETTO DELLA COPERTURA

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Grandi Interventi, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, sarà pari all'intero importo della Somma Assicurata per anno a titolo indennitario anche se non saranno sostenute alcune spese al riguardo, purché:

- l'Infortunio o la Malattia che hanno determinato l'intervento si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4;
- l'evento da Infortunio o da Malattia che l'ha reso necessario sia successivo alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza di 120 giorni per malattia successivi alla data di decorrenza delle garanzie.
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo di cui al successivo Art. 16.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 17 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7 e al successivo Art.18 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.16 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Grandi Interventi, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, sarà pari all'importo della Somma Assicurata a titolo indennitario anche se non saranno sostenute alcune spese al riguardo.

ART.17 - ESCLUSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE DA INFORTUNIO-INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE; INABILITA' TEMPORANEA TOTALE;RICOVERO OSPEDALIERO e GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

Sono esclusi dall'oggetto della garanzie i sinistri causati da:

- invalidità permanenti preesistenti nonché Inabilità, Ricoveri ed Grandi Interventi derivanti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza della polizza;
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- infortuni derivanti dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaio;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere,
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato,

- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o volontario ,o complicazioni derivanti da tali eventi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai beneficiari designati;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- le degenze in Case di Riposo, di Convalescenza, di Soggiorno Cronicari o in stabilimenti o centri di Cure Termali, Idroterapici, Fitoterapici, Dietologi o del benessere;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X,
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;
- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- dolo dell'Assicurato.

Sono comprese invece le malattie tropicali di cui al R.D 07.02.1938 n.281 di cui gli assicurati fossero colpiti durante soggiorni in tutto il mondo purché gli stessi si siano preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

ART.18- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:

Per il caso Morte:

- copia del certificato di morte e la causa che l'ha determinata.

Per il Caso Invalidità Permanente Totale

- notifica di Invalidità Permanente Totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.); in difetto di relazione, del medico legale attestante l'Invalidità Permanente Totale, il relativo grado e la causa della stessa.

Per il caso di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero:

- copia dei certificato dei Pronto Soccorso (per infortunio);
- copia dei referti medici e delle cartelle cliniche;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo Inabilità Totale o del ricovero fino a quello attestante la guarigione.

Per il caso di Grandi Interventi Chirurgici

- copia della Cartella Clinica relativa all'intervento chirurgico subito e la causa che l'ha determinato.

Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Compagnia potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

ART.19 – CONTROVERSIE- ARBITRATO

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Permanente Totale, 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.

Si potrà in ogni caso ricorrere all' Autorità Giudiziaria.

F) ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia operante per Lavoratori Dipendenti Privati)

ART.20- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione a seguito esclusivamente di licenziamento, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art .21 "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 .
- 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.22 "ESCLUSIONI";
- L' Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7 e al successivo Art.23 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" e sia iscritto alla Cassa disoccupazione Inps e percepisca il relativo assegno.

ART.21 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro, di una somma pari alla somma assicurata.

Per ogni sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una indennità mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 90 giorni dall'effetto della polizza a titolo di carenza e dopo 3 mesi continuativi di disoccupazione, trascorso il periodo di carenza, ed al netto di due mesi (60gg) a titolo di franchigia.

Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 6 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e con massimo di 12 indennizzi per polizze di durata annuale, triennale o quinquennale e con massimo di 18 indennizzi per polizze di durata decennale.

ART.22 – ESCLUSIONI ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato fosse Lavoratore Autonomo, Libero Professionista, Dipendente Pubblico-Statale o Pensionato. Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per i caso 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. **Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro.**

Nel caso questa condizione non fosse operante opera la garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT).

- 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;
- 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.23 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.21 "INDENNIZZO", 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 di questi, 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.
- L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia 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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

ART.24 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di carenza per inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero derivanti da malattia, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero, cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale dei massimi indennizzi previsti.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante il periodo di Carenza, 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 privato ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione alla presente garanzia, cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale indennizzi mensili.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 25- 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 del C.C.

ART. 26- Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; **ma ,in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

ART. 27 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 28 - 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. 29 - 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. 30 – Durata dell'Assicurazione - Pagamento del premio e Frazionamento mensile

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

Se il frazionamento della presente polizza fosse mensile e il Contraente autorizza il pagamento del premio con disposizione permanente di addebito del premio lordo mensile sul conto corrente bancario indicato nella scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione a favore dell'Intermediario o della Società e 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. 31 - Diritto di recesso Polizze poliennali:

Il Contraente ha diritto di recedere la polizza nei seguenti casi prima della scadenza originaria:

- ai sensi dell'Art.1899 del C.C., polizze poliennali, trascorso il triennio dalla decorrenza ad ogni ricorrenza annuale successiva alla stessa;
- qualora risolvesse il rapporto con la Banca Intermediaria della Polizza ad ogni ricorrenza annuale successiva la risoluzione;

con preavviso di almeno 30 giorni prima di ogni ricorrenza annuale.

In questi casi, a fronte di premi già corrisposti in unica soluzione dal Contraente, la Società rimborserà i premi netti pagati e non fruibili al netto di Euro 30 per spese amministrative del rimborso.

ART. 32 - 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.

ART. 33- Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita al meno 30 giorni prima della scadenza da una delle parti contrattuali, la polizza è prorogata per un anno.

ART. 34 - Oneri fiscali

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

ART. 35 Rinvio alle norme di legge Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

GLOSSARIO Definizioni

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

Beneficiario: L'Assicurato per le Garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Grandi Interventi e Perdita Involontaria d'Impiego. Gli eredi legittimi o testamentari in caso di morte dell'Assicurato per infortunio.

Carenza: 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 Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Copertura Assicurativa: la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia dietro versamento di un Premio, a fronte del quale la stessa è obbligata al pagamento dell'indennizzo al verificarsi di un Sinistro.

Decorrenza: le coperture assicurative decorrono dalle ore 24,00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive il Certificato di Assicurazione e a condizione che il premio sia stato pagato.

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 attività.
- sia iscritto presso il Centro per l'impiego (o nelle liste di collocamento o equivalente con status di disoccupato in Italia) o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria ;
- risulti privo di lavoro o comunque non impiegato in qualunque altra occupazione che generi un reddito o un guadagno;
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro irragionevolmente.

Grande Intervento Chirurgico: interventi complessi per tecniche operatorie e intendendosi per tali quelli elencati nell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione.

Franchigia: la parte di indennizzo che resta a carico dell'Assicurato . Può essere espressa, secondo le garanzie, in valore assoluto o in percentuale.

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

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Permanente Totale: La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale, sempre che il suddetto evento abbia comportato la cessazione di ogni tipo di attività lavorativa se l'assicurato, al momento del verificarsi dell'evento che determina l'invalidità (data dell'infortunio o data di denuncia della malattia), è lavoratore autonomo o dipendente e l'invalidità accertata sia pari almeno al 60% della totale. Nel caso in cui l'assicurato al momento del verificarsi dell'evento che determina l'invalidità (data dell'infortunio o data di denuncia della malattia), non è lavoratore, l'invalidità sarà riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale. In entrambe i casi l'Invalidità Permanente sarà rilevata sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nei T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n°1124 "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente -industria". In entrambi i casi, la valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi due mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i dodici mesi da tale data.

Nel caso di invalidità da malattia, in presenza di richiesta ritardata, dove il ritardo non è colpa dell'assicurato, la Compagnia può stabilire la data di sinistro secondo l'evidenza medica comprovata.

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 di persone e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente Polizza e durante la vigenza del Contratto, le attività, o una dalle 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 comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 8 ore settimanali. 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), e) (indennità parlamentari ed assimilate).

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque redditizia svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque redditizia tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

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

Morte: il decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio.

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.

Periodo di Riqualficazione: un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione , di Riduzione di Almeno il 50% del Reddito e del Ricovero Ospedaliero, liquidabile ai sensi della Polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro.

Piano Assicurativo: l'insieme delle coperture assicurative prestate dalla Compagnia.

Polizza/Certificato; il documento rilasciato dalla Compagnia che identifica le prestazioni, la durata e i costi per Assicurato.

Premio: la somma dovuta alla Compagnia, a fronte delle coperture assicurative prestate. Il premio viene pagato anticipatamente in un'unica soluzione.

Proposta di Assicurazione : la proposta della Società di prestare la copertura assicurativa secondo i termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

Recesso: Diritto del Contraente e della Società di risolvere la polizza ai sensi delle Condizioni di Assicurazione o ai sensi degli articoli del C.C.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazione o chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero Ospedaliero : la degenza ininterrotta e con pernottamento in un Istituto di Cura, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

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

Società: la CF Assicurazioni S.p.A.

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

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

Segue allegato 1 Grandi Interventi chirurgici

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cisti del cuore o del pericardio
- Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- Pericardiectomia totale
- Reintervento con ripristino di C.E.C.
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia generale

- Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Emicolectomia destra con linfadenectomia
- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagogastroplastica-esofogodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
- Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Resezioni epatiche maggiori
- Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- Bilobectomie, intervento di
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- Neoplasie maligne della trachea
- Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia
- Resezioni segmentarie tipiche
- Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici

- By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiartoci
- Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia - Ostetricia

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia
- Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Accesso o ematoma intracranico, intervento per
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, intervento di
- Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- Epilessia focale, intervento per
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per

- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

Ortopedia

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca totale
- Artroprotesi: ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazioni, grandi
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Scoliosi, intervento per
- Spalla, resezioni complete secondo Tichhor-Limberg
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale
- Laringofaringectomia totale
- Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- Neoplasie parafaringee benigne
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia
- Stapedectomia
- Stapedotomia
- Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale

Urologia

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- Eminefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- Neovescica ileale, colica, ileocolica
- Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- Prostatactomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombocavale
- Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo:

- Tutti.