



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

Contratto di Assicurazione

Infortunati, Malattia e Perdite Pecuniarie

CF REDDITO CONTINUO

Mod. 030.2015.REC ed.05.18

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



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

La presente Nota Informativa è aggiornata al 30.05.2018

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 e cfassicurazioni@pec.it. Capitale Sociale 38.707.500 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. 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

L'ammontare del patrimonio netto è pari a euro 38.896.825 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 189.325.

L'indice di solvibilità è pari al 155,80% 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.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto è fissata in durate di 3, 5, 7 o 10 anni con pagamento in unica soluzione senza tacito rinnovo.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 33 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 3- coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

A) Oggetto dell'Assicurazione:

La Società a fronte della :

- **Perdita Involontaria d'Impiego** per Lavoratori Dipendenti da almeno 1 anno con contratto a tempo indeterminato di imprese o enti con almeno 3 dipendenti nel registro matricola. (inseguito definita **PII**)
- o
- **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo almeno pari al 50%** per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti con una partita Iva da almeno 3 anni alla decorrenza della polizza (in seguito definita **RIR**),

fornisce le seguenti prestazioni di cui al successivo Art.2

ART.2 - PRESTAZIONI

A seguito di:

- **Perdita Involontaria d'Impiego (PII):** a seguito di perdita involontaria d'impiego, verificatasi dopo il periodo di **carezza di 90 giorni**, la Società corrisponde una rata secondo la scelta risultante dalla scheda di polizza, per tanti mesi corrispondenti ai mesi di disoccupazione, con il massimo di 10 rate per evento e col massimo di 20 rate nell'arco della intera durata della polizza se di durata di 3 o 5 anni e di 30 rate nell'arco della intera durata della polizza se di durata 10 anni, purché siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui all' Art.3 delle Condizioni di Assicurazione.

o

- **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo ameno pari al 50% (RIR)**) 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 corrisponde un importo pari a 10 rate, secondo la scelta risultante dalla scheda di polizza, a titolo di indennizzo forfettario, con il massimo di 2 indennizzi forfettari nell'arco della intera durata della polizza se di durata di 3 o

5 anni e col massimo di 3 indennizzi forfettari nell'arco della intera durata della polizza se di durata di 10 anni, purché siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui all' Art.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Garanzie Opzionabile (se scelta dal Contraente Assicurato e corrisposto il relativo premio)

B) Morte da Infortunio (MI):

C) Invalidità Permanente Totale (IPT)

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, agli articoli 12, 17, 21 e 25 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali. Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli Artt. 5, 11, 16, 20 e 24 delle Condizioni di Assicurazione.

Per franchigia si intende la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato . Può essere espressa, secondo le garanzie, in valore assoluto o in percentuale.

Sulla garanzia Perdita di Impiego è presente una franchigia di 60 giorni.

Sulla garanzia Morte e Invalidità Permanente Totale non è applicata alcuna franchigia.

Esempio:

Perdita Impiego accertata	Franchigia	Prestazione erogata
3 periodi consecutivi di 30 gg = 90 gg	60 gg	90 gg – 60 gg = 30 gg

Per massimale si intende l'importo o la durata massima entro la quale la Società è impegnata ad offrire la prestazione di indennizzo.

Per le garanzie di inabilità Temporanea Totale; Perdita Involontaria d'Impiego, il massimo indennizzo è stabilito nella rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo di 10 indennizzi mensili per sinistro e 30 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Esempio :

Perdita Impiego accertata	Franchigia	Prestazione erogata
15 mesi consecutivi = 450 gg	60 gg = 2 mesi	15-2 = 13 ma verranno liquidate massimo 10 indennizzi per sinistro.

AVVERTENZA: L'Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato. Per maggiori dettagli si rinvia all' articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione.

Art.4 - Periodo di carenza contrattuale.

AVVERTENZA: ai sensi degli Artt.10, 15 e 23 delle Condizioni di Assicurazione, cui si rimanda per maggiori dettagli, e che regolano l'assicurazione in generale, sono previsti periodi di carenza contrattuali.

Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza della polizza durante i quali la garanzia non è efficace.

Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Sulla garanzia Perdita Involontaria di Impiego è presente una carenza di 90 giorni.

Sulla garanzia Riduzione Involontaria del Reddito non è applicata alcuna carenza.

Sulla garanzia Morte non è applicata alcuna carenza.

Sulle garanzia Invalidità Permanente Totale è presente una carenza di 60 giorni per la garanzie Malattia.

Articolo 5- Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Dichiarazioni - Nullità

AVVERTENZA: 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. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.27 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Non è prevista la compilazione di un questionario sanitario

Articolo 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione L'assicurato, è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di circostanze rilevanti, le, che possono determinare l'aggravamento o la diminuzione del rischio.

Articolo 7 -Premi

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio unico su polizza di durata poliennale, da parte dell'Assicurato, in via anticipata e comunque per tutta la durata contrattuale.

L'assicurazione ha effetto se il premio è stato corrisposto; **altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.**

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari.

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

Articolo 8 - 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 9 – Rivalse

Per rivalsa si intende: Il rivalersi di una perdita, di un danno subito ai sensi dell'Art.1916 del C.C.
Il presente contratto di assicurazione non prevede rivalse.

Articolo 10 – Diritto di recesso

AVVERTENZA :Diritto di recesso Polizze poliennali: Il Contraente ha diritto di recedere ai sensi dell'Art.1899 del C.C.,polizze poliennali, trascorso il quinquennio, ad ogni scadenza annuale, con preavviso di 60 giorni, senza oneri aggiuntivi e con rimborso del premio se corrisposto in unica soluzione, nei termini previsti all'Art.7 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 11 - 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 12 -Legge applicabile al contratto

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 13- Regime fiscale

Imposta sui premi.

I premi delle assicurazioni sugli infortuni, malattia e perdita d'impiego, alla data di edizione del presente contratto, sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Detraibilità fiscale dei premi

Relativamente ai premi della garanzia Morte e Invalidità Permanente da infortunio e Malattia, se quest'ultima, 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 fino ad un importo massimo di 530,00 euro.

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

Articolo 14-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. Con riferimento alle modalità e termini per la denuncia dei sinistri e alle procedure liquidative si rinvia per i dettagli agli artt. 8, 13, 18, 22 e 26 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione la Società, 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.

Articolo 15 - Reclami in merito al contratto o ai sinistri

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 Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com. Qualora si utilizzi un account di posta certificata, si potrà utilizzare l'indirizzo: reclamicfassicurazioni@pec.it.

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 16 - 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.

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

GLOSSARIO : Definizioni

Assicurato: persona fisica che aderisce alla presente polizza il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Beneficiario: L'Assicurato per tutte le Garanzie prestate, gli eredi in caso di Morte da infortuni.

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: il soggetto che sottoscrive la presente polizza, può coincidere con l'Assicurato.

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

Datore di lavoro: l'amministrazione pubblica o l'azienda di diritto privato presso la quale l'Assicurato svolge le proprie mansioni lavorative.

Disoccupazione: lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato, 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.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da: Proposta, informative contratti e privacy, Condizioni di Assicurazione, mod.7A e 7B, questionario di adeguatezza.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle coperture assicurative di cui alla presente polizza.

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. Viceversa, 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 60% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute 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 di Mutuo, 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 Autonomo o 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, 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).

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

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Libero Professionista o Lavoratore Dipendente. I pensionati sono considerati Non Lavoratori.

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.

Parti: Contraente, Assicurato, Società.

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 Franchigia Assoluta: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, per Perdita di Impiego e Ricovero Ospedaliero, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro previsto a termini di Polizza, non viene riconosciuto alcun indennizzo.

Periodo di Riqualificazione: 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 Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale

Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego o Inabilità Totale Temporanea.

Polizza/Certificato; il documento rilasciato dalla Società 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.

Proposta: il documento sottoscritto dall'Assicurato contenente la richiesta di stipula della Polizze secondo i termini previsti dalle rispettive Condizioni di Assicurazione.

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

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.

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, **intesa come periodo intercorrente tra il 1° gennaio e il 31 dicembre** a quella in cui si verifica l'evento sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata la Copertura Assicurativa.

Società: 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.

CF Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

CF Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale

Dr. Michele Cristiano



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il presente documento è aggiornato al 30.05.2018

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

Oggetto dell'Assicurazione:

La Società a fronte della :

- **Perdita Involontaria d'Impiego** per Lavoratori Dipendenti da almeno 1 anno con contratto a tempo indeterminato di imprese o enti con almeno 3 dipendenti nel registro matricola. (inseguito definita **PII**)
o
- **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo almeno pari al 50%** per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti con una partita Iva da almeno 3 anni alla decorrenza della polizza (in seguito definita **RIR**),

fornisce le seguenti prestazioni di cui al successivo Art.2

ART.2 - PRESTAZIONI

A seguito di:

- **Perdita Involontaria d'Impiego (PII):** a seguito di perdita involontaria d'impiego, verificatasi dopo il periodo di **carezza di 90 giorni**, **la Società corrisponde una rata secondo la scelta risultante dalla scheda di polizza, per tanti mesi corrispondenti ai mesi di disoccupazione, con il massimo di 10 rate per evento e col massimo di 20 rate nell'arco della intera durata della polizza se di durata di 3 o 5 anni e col massimo di 30 rate nell'arco della intera durata della se di durata di 7 o 10 anni, purché siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui al successivo Art.3 delle presenti Condizioni.**

o

- **Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo ameno pari al 50% (RIR)** 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 corrisponde un importo pari a 10 rate, secondo la scelta risultante dalla scheda di polizza, a titolo di indennizzo forfettario, con il massimo di 2 indennizzi forfettari nell'arco della intera durata della polizza se di durata di 3 o 5 anni e col massimo di 3 indennizzi forfettari nell'arco della intera durata della polizza se di durata di 7 o 10 anni, purché siano rispettati i Requisiti di Assicurabilità di cui al successivo Art.3 delle presenti Condizioni.**

Garanzia Opzionabile (se scelta dal Contraente Assicurato e corrisposto il relativo premio)

Morte da Infortunio (MI): La Società corrisponde un indennizzo pari alla Somma Assicurata a seguito della morte dell'Assicurato 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.

Garanzia Opzionabile (se scelta dal Contraente Assicurato e corrisposto il relativo premio)

Invalità Permanente Totale (IPT) : la Società corrisponde la somma garantita in base alla Copertura per il caso di invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui in Polizza.

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.

ART.3 REQUISITI D' ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche da 18 ad 75 anni non compiuti e se dipendenti :

- Se Dipendenti da almeno 1 anno con contratto a tempo indeterminato 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.

Se operanti le Garanzie Opzionabili Morte da Infortunio e/o Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia, l'assicurazione cessa alla scadenza successiva del 75° anno e non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

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

ART.4 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere ai sensi dell'Art.1899 del C.C.,polizze poliennali, in assenza di vincoli a favore di Enti Finanziari o Banche, trascorso il quinquennio, ad ogni scadenza annuale, con

preavviso di 60 giorni, senza oneri aggiuntivi e con rimborso del premio se corrisposto in unica soluzione, nei termini previsti all'Art.7 delle Condizioni di Assicurazione.

ART.5 - LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Perdita Involontaria d'Impiego o riduzione Involontaria del Reddito , l'importo della rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo di 10 indennizzi mensili per Sinistro e 20 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa per polizze di durata di 3 0 5 anni, e 30 indennizzi mensili per polizze di durata di anni 7 o 10.
- in caso di Morte da Infortunio o da Invalidità Permanente Totale, la Somma indicata nella scheda di polizza.

Se in proposta e in polizza, dovesse figurare un secondo Assicurato, tutte le somme assicurate si intendono ripartite al 50% tra il primo e il secondo assicurato.

ART.6 - PREMIO ASSICURATIVO

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio unico, da parte del Contraente, in via anticipata e in un'unica soluzione Il premio lordo è comprensivo dell'imposta di legge. L'assicurazione ha effetto se il premio è stato corrisposto; **altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.**

Ai tassi della presente polizza è applicato uno sconto del 3% annuo, relativamente ai premi di polizze di durata pluriennale.

ART.7 - ANTICIPATA RISOLUZIONE POLIZZA PLURIENNALE.

In caso di anticipata risoluzione, dopo il quinquennio, prima dei termini originariamente convenuti, la copertura assicurativa si intenderà decaduta e la Società provvederà a rimborsare al Contraente la quota pro-rata del premio netto dedotto il 15% a titolo di caricamento spese amministrative comprensive delle spese di rimborso, pagato e non fruito come da seguente formula .

$$R = (PN \times 0,85) / N \times T$$

Dove:

R = rimborso

PN = premio netto

N = numero di rate mensili totali della durata della polizza.

T = numero di rate mensili residue dalla data di risoluzione alla scadenza della polizza.

Tale rimborso verrà corrisposto al Contraente entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta.

ART.8 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare il Modulo Denuncia di Sinistro, reperibile presso la Società e inviarlo all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate con allegata la documentazione richiesta.

ART.9 – 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.

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

SEZIONE A

ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (PII)

ART.10 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 11 "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 o di una comunicazione equivalente, 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.12 "ESCLUSIONI";
- L'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.11 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per 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 rata mensile assicurata e risultante dalla scheda di polizza. In caso di Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il periodo di carenza pari a 90 giorni e il Periodo di Franchigia Assoluta consecutivi pari a 60 giorni di Disoccupazione. 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 è di 10 indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 20 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa se la polizza avrà durata di 3 o 5 anni, 30 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa se la polizza avrà durata di 7 o 10 anni.

ART.12 – ESCLUSIONI

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 in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro in Impresa con almeno 3 dipendenti. 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;
- 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, per motivi disciplinari o professionali;
- 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 o 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 Coordinati 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 (dimissioni o risoluzioni consensuali con il datore di lavoro);
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia INPS, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità temporanea totale;
- la Disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall' Art 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART.13 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.16 "INDENNIZZO", l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro:

- 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 o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella Cassa integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- l'attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria,

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.

ART.14 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante il periodo di Carenza pari a 90 giorni, 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. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 20 o 30 indennizzi mensili.

OPPURE

ASSICURAZIONE RIDUZIONE INVOLONTARIA DEL REDDITO (valida per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti)

ART.15- 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. 16;
- 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. 8 e al successivo Art.17 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI"

ART.16 – 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 pari a 10 rate mensili dell'importo risultante nella scheda di polizza per ciascun sinistro, con il massimo di 2 Indennizzi forfettari per l'intera durata della copertura assicurativa se la polizza avrà durata di 3 o 5 anni, e di 3 Indennizzi forfettari per l'intera durata della copertura assicurativa se la polizza avrà durata di 7 o 10 anni. 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.17 – 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 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;
- 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.18 - 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;
- 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.

SEZIONE B

MORTE DA INFORTUNIO (Garanzia Opzionabile valida se richiamata nelle scheda di Proposta e Certificato di polizza e pagato il relativo premio)

ART.19- OGGETTO DELLA COPERTURA (garanzia operante per tutte le tipologie di assicurati)

Nel caso di Morte dell’Assicurato, la Società corrisponderà agli eredi dell’Assicurato l’Indennizzo qualora:

- l’Infortunio che ha determinato il decesso, si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace;
- il decesso dell’Assicurato avvenga entro 24 mesi dalla data del sinistro da Infortunio che l’ha provocato.
- 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. 20.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 22 “ESCLUSIONI”
- l’Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.20 – INDENNIZZO

L’indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Morte da Infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari alla Somma Assicurata risultante dalla scheda di Polizza.

ART.21 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall’oggetto della Copertura i casi di morte causati da:

- partecipazione dell’Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- 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 dell’Assicurato;

- 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 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;
- 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, ecc.);
- 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;

ART.22 DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, gli aventi diritto dell'Assicurato devono allegare la seguente documentazione:

- copia del certificato di morte e cartella clinica o attestazione medica relativa alla causa che l'ha determinata;
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;

Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. Gli aventi diritto si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare i medici a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

SEZIONE C

C - ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(Garanzia Opzionabile valida se richiamata nelle scheda di Proposta e Certificato di polizza e pagato il relativo premio)

ART.23- OGGETTO DELLA COPERTURA (garanzia operante per tutte le tipologie di assicurati)

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 .
- l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del sinistro da Infortunio o da Malattia che l'ha provocata sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza per malattia di 60 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie e sia stata quantificata in almeno il 60% della Totale.
- 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.24.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 25 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 8 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.24 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di 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.

ART.25 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Invalidità Permanente Totale causati da:

- patologie precedenti che abbiano determinato Invalidità permanenti non dichiarate;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- 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 dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- infortuni 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;
- 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, ecc.);
- 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;

ART.26- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

- 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 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 nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni 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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 27– 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. 28 – ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 29 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

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, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° 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'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.**

ART. 30- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 31 – AGGRAVAMENTO o DIMINUZIONE 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. 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.

Il contratto solo durate poliennali con pagamento del premio in unica soluzione, pertanto lo stesso cesserà in automatico alla scadenza prevista.

ART. 34- ONERI FISCALI

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

ART. 35 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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