



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

Contratto di Assicurazione

Infortunati e Perdite Pecuniarie

CF SALUTE e REDDITO SMART

Mod. 002.2018.SARD

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Fascicolo Informativo

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

Capitale sociale: € 38.707.500,00 i.v. – C.F./P. IVA: 09395811004 - REA CCIA Roma n. 1160328 – Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 – Autorizzazione all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 – G.U. n. 195 23/08/2007 – Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042



Polizza SALUTE E REDDITO SMART mod. 002.2018.SARD

DIP – Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: CF Assicurazioni S.p.A.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti che sono congiunte al presente documento.

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE E'?

La SALUTE e REDDITO SMART è una polizza Infortuni e Perdite Pecuniarie opzionabili, che prevede indennizzi finalizzati in caso di Infortuni Professionali ed extraprofessionali e a seguito di Perdita involontaria d'Impiego o Riduzione involontaria di Reddito per recuperare quella parte di reddito che potrebbe venir meno a causa dagli eventi assicurati che ne impedirebbero la capacità di produrlo con il proprio lavoro.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Sono assicurati in base alle scelte del Contrante-Assicurato:

- **Morte** da Infortunio
- **Invalidità Permanente** da Infortunio a tabella INAIL
- **Rimborso spese mediche** da Infortunio

Opzionabile

- **Perdita d'impiego** Garanzia operante per lavoratori dipendenti di imprese
- **Riduzione Involontaria del Reddito** Garanzia operante per lavoratori autonomi , liberi professionisti.



CHE COSA NON E' ASSICURATO

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- che alla data di effetto della polizza , superino 75 anni compiuti.
- che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute.

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.



CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA? La polizza prevede limiti d'indennizzo, carenze e franchigie:

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

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

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
Sino ad IP Accertate del 14%	IP Accertata – 3,5% di franchigia fissa
Da oltre 14% e sino a 50%	IP Accertata – 1% di franchigia fissa
Da oltre 50% e sino a 66%	Stessa percentuale Accertata
Da oltre 66%	100% della somma assicurata.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Relativamente gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, verranno indennizzate con il limite del 50% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 100 giorni dalle dimissioni di ricovero.

Euro.100,00 a titolo di franchigia fissa a carico del beneficiario assicurato, per evento.

PERDITA INVOLONTARIA D' IMPIEGO e RIDUZIONE INVOLONTARIA DEL REDDITO:

Indennizzo massimo 6 mensilità della rata assicurata.

Caranza 90 gg.



CHE OBBLIGHI HO?

Dichiarare nella Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, le informazioni inerenti allo stato di salute e lo stato lavorativo che devono corrispondere a verità ed esattezza. 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.



DOVE VALE LA COPERTURA?

La Garanzia Infortuni vale in tutto il mondo.
Le Perdite Pecuniarie in Italia.



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, le scadenze successive verranno corrisposte con pagamento SDD.
Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari con i quali è stata conclusa la polizza.
MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI: SDD



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 se disdetta, altrimenti si rinnova tacitamente.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

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

Il presente documento è aggiornato al 15.09.2018

Nota Informativa precontrattuale resa da CF Assicurazioni S.p.A. ai sensi degli artt. 183 e 185 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n. 34 del 19 marzo 2010 in materia di servizi assicurativi a distanza e del Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010 in materia di obblighi di informazione e pubblicità dei prodotti assicurativi.

Al fine di consentirle di manifestare, a distanza, la volontà di aderire alla polizza assicurativa CF Assicurazioni S.p.A., relativa alle garanzie di seguito specificate e riportate nella scheda di Proposta, Le viene inviata, insieme alla presente, per il tramite dell'Intermediario, tutta la documentazione precontrattuale e contrattuale e la relativa dichiarazione di adesione che, se vorrà, potrà inviare firmata per aderire al Servizio Assicurativo medesimo.

Qui di seguito, Le forniamo, quindi, a fini commerciali, ed ai sensi degli artt. 183 e 185 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 e del Regolamento ISVAP n. 34 del 19 marzo 2010 (Codice delle Assicurazioni Private, "CAP") e delle relative norme di attuazione contenute negli artt. 58 e ss. del Regolamento ISVAP n. 5/2006 (il "Regolamento") alcune informazioni.

L'intermediario assicurativo che propone l'adesione al Servizio Assicurativo offerto da CF ASSICURAZIONI SPA. è Intermediario regolarmente iscritto in una Sezione del Registro Intermediari Assicurativi e Riassicurativi, previsto dall'art.109 del CAP i cui dati sono riportati all'allegato 7B del Regolamento, che Le viene inviato insieme alla presente e a cui si rimanda.

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, 7 3- 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com cfassicurazioni@pec.it, Capitale sociale 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. IVASS (già ISVAP) n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Articolo 2- Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

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 –

Garanzie Prestate

- | |
|---|
| C) Morte da Infortunio |
| D) Invalità Permanente da Infortunio a tabella INAIL |
| E) Rimborso spese mediche da Infortunio |

Opzionabile

- | |
|--|
| F) Perdita d'impiego Garanzia operante per lavoratori dipendenti di imprese |
| G) Riduzione Involontaria del Reddito Garanzia operante per lavoratori autonomi, liberi professionisti. |

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, all'artt.11,23e 28 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di riduzioni di indennizzi e massimali.

Sulla garanzia Invalidità Permanente è presente una riduzione della percentuale liquidabile sulle percentuali di Invalidità Permanente accertate sino a 14 punti percentuali come da tabella riportata nella scheda sintetica.

Esempio di indennizzo :

Somma assicurata Inv. Permanente €.	Inv.Perm. Accertata	Inv.Perm. Liquidabile	Pari a €.
100.000	3%	0%	0
100.000	4,5%	1,5%	1.500,00
100.000	20%	20%	20.000,00

AVVERTENZA: L'Assicurazione non cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato ma una volta emesso il contratto avendo l'Assicurato un'età inferiore ai 75 anni, essa continua i suoi effetti sino al momento della manifesta volontà di risoluzione contrattuale decisa da una delle parti. Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 15 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Avvertenze: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.34 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.

AVVERTENZA: è previsto l'annullamento del contratto quando il contraente, agendo con dolo o con colpa grave, fornisce dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli art.34 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 4 - Aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile. Nella presente polizza infortuni tuttavia non sono previsti aggravamenti o diminuzioni di rischio legate alla professione in quanto è prevista una unica fascia tariffaria di professione con la sola esclusione delle attività riportate all'Art.15 delle Condizioni di Assicurazione. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli artt.37 e 38 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 5 -Premi

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il frazionamento mensile senza applicazione di interessi di frazionamento. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'art.35 delle Condizioni di Assicurazioni.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI. Addebiti con SDD con accredito al conto corrente dell'Impresa.

Articolo 6 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

Articolo 7- Diritto di recesso.

- a) Il contraente potrà esercitare il Diritto di Recesso-Ripensamento entro 30 gg dalla data di decorrenza della polizza. L'eventuale premio netto pagato verrà rimborsato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.
- b) 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 indirizzata alla Società. 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 netto, relativa al periodo di assicurazione non corso. Si rinvia per aspetti di dettaglio, all'Art.39 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 8- Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

Articolo 9 -Legge applicabile al contratto

ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. n.209/05, le parti possono convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 10- Regime fiscale

Imposta sui premi

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

Detraibilità fiscale dei premi

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

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

H) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

Articolo 11-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

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

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

Per aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 24,29 e 31 delle Condizioni di Assicurazioni.

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

Con riferimento alle procedure liquidative si rinvia per aspetti di dettaglio agli art.22,27 e 32 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 12 - Reclami

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

I reclami dovranno contenere:

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

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

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:

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

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/fin-services-retail/finnet/indexen.htm>).In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Articolo 13 – Arbitrato

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

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

GLOSSARIO:

Definizioni

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Carenza: Periodo iniziale dalla decorrenza della polizza, nel quale le garanzie non sono efficaci.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

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

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

Garanzia Opzionale: Garanzia prevista nella struttura di polizza, che può essere scelta o meno dal Contraente per l'Assicurato, corrispondendone il relativo premio.

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

Infortuni: eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producono 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.

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

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

Invalidità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo.

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

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.

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 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 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.

Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo almeno pari al 60%: 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 60% 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.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Società: l'impresa assicuratrice.

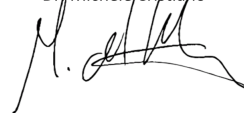
Stato Occupazionale: lo specifico stato lavorativo o meno dell'Assicurato al momento del sinistro.

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

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

CF Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale
Dr. Michele Cristiano



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Il presente documento è aggiornato al 15.09.2018

ART. 1 - MORTE PER INFORTUNIO

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

ART. 2 - MORTE PRESUNTA

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

ART. 3 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni che causino la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo.

ART. 4 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società assicura, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, **il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero in ospedale, clinica o pronto soccorso** anche per intervento chirurgico a seguito di infortunio indennizzabile a norma delle condizioni di polizza, e dopo le dimissioni, per spese post-operatorie o post-ricovero e più precisamente delle spese:

- a) per gli accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- b) per gli onorari del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- c) per l'assistenza medica, per la cura, per i medicinali e gli esami post-operatori, durante il ricovero;
- d) per le rette di degenza con un massimo di giorni 30 per evento.
- e) per gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, con il limite del 50% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 100 giorni dalle dimissioni.

GARANZIE OPZIONABILI

Perdita Involontaria impiego (PII) (garanzia operante per Lavoratori Dipendenti Privati assunti a tempo indeterminato in aziende con almeno 3 dipendenti)

o

Riduzione Involontaria del Reddito Lordo Annuo almeno pari al 60% (RIR) (garanzia operante per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti, Ditte Individuali con Partita Iva attiva da almeno 3 anni)

OGGETTO DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 5 – DETTAGLIO GARANZIE PRESTATE L'assicurazione vale per:

- gli infortuni professionali,
 - gli infortuni extraprofessionali e avvenuti durante il tempo libero,
- che producano lesioni oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o determinino spese di cura.**

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

Sono considerati infortuni anche:

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

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

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

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

ART. 5.6 - l'annegamento;

ART. 5.7 - il congelamento e l'assideramento;

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

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

Resta convenuto, per questi ultimi eventi, in caso di sinistro che colpisca più assicurati con polizze della Società, l'esborso massimo non potrà superare Euro 2.000.000. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, in modo da non superare, sommate, il limite predetto.

Si intendono in garanzia inoltre.

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

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

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

La presente garanzia non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

ART. 6 - VIAGGI AEREI

Ferme le norme che regolano assicurazione in generale e in deroga a quanto previsto dall'Art. 14, la garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque esercitati esclusi quelli effettuati:

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

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

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

- ha durata inferiore ad un anno;
- è stipulata (anche in convenzione) da Agenzie di Viaggio a favore della clientela.

ART. 6.3 - In base a quanto previsto dall'art. 14 delle "norme che regolano l'assicurazione in generale" e ai sensi degli art. 1892, 1893 del CC., l'Assicurato, in base a quanto sia o venga a conoscenza, dichiara che la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:

Euro 1.000.000 per il caso di morte;

Euro 1.000.000 per il caso di invalidità permanente totale;

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

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

ART. 7 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga previsto dall'articolo 1916 del Codice Civile ma gestirà il sinistro, tenendo conto del principio giuridico dell'ingiustificato arricchimento ed dell'equo indennizzo anche in osservanza della recente giurisprudenza di Corte Suprema che pone divieto di cumulo tra il risarcimento di Responsabilità Civile e l'indennizzo in polizza infortuni.

ART. 8 - ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'assicurato può richiedere, non prima di 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzo e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%. L'acconto della somma da parte della Società potrà avere luogo solo nell'ipotesi in cui il prevedibile indennizzo sia superiore a Euro10.000,00 . Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 9 - CUMULO INDENNIZZI

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

superiore, non chiede il rimborso in caso contrario.

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

ART. 10 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Nel caso che la presente assicurazione fosse stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 CC..

DELIMITAZIONI / ESCLUSIONI DELLE GARANZIE INFORTUNI

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

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

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

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

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

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

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

07) da guerra e/o insurrezione;

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

09) Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- le ernie di qualsiasi tipo e gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini.

ART. 12 - SERVIZIO MILITARE

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

ART. 13 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal comunicare altre assicurazioni stipulate e in corso per i medesimi rischi assicurati, in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c., escluso il caso previsto all'art. 6.4 (comunicazioni di altre assicurazioni infortuni che includano il rischio volo)

ART. 15 - ATTIVITÀ E PERSONE ASSICURATE

Sono assicurabili tutte le persone fisiche sino a 75 anni di età non compiuti alla data di decorrenza della polizza. Una volta emesso il contratto avendo l'Assicurato un'età inferiore ai 75 anni, essa continua i suoi effetti sino al momento della manifesta volontà di risoluzione contrattuale decisa da una delle parti e per qualsiasi attività professionale svolta e per i rischi extraprofessionali. Restano escluse le persone che svolgono attività professionali di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo, militari, Forze dell'Ordine e piloti di veicoli aerei.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART. 16 - MORTE PER INFORTUNIO

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

ART. 17 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

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

Descrizione Invalidità	Percentuali grado di invalidità		
	destro		sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		...	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita del braccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice			

Perdita delle ultime due falangi del medio		8%	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio - carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso - metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità; ma ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

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

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

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

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

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

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati al punto B) e ai

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

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

E) 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.

ART. 18 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

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

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
Sino ad IP Accertate del 14%	IP Accertata – 3% di franchigia fissa
Da oltre 14% e sino a 66	Stessa percentuale Accertata
Da oltre 66%	100% della somma assicurata.

ART.19 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (valido solo se espressamente richiamato in polizza)
La Società rimborsa agli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza. Per cure mediche si intendono:

- per gli accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- per gli onorari del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- per l'assistenza medica, per la cura, per i medicinali e gli esami post-operatori, durante il ricovero;
- per le rette di degenza con un massimo di giorni 30 per evento.
- per gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, con il limite del 50% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 100 giorni dalle dimissioni.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente. Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

Art. 20 - LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate (cumulo sconosciuto), in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.000.000. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

IN CASO DI SINISTRO

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

Il Contraente o l'Assicurato devono:

a) entro 3 giorni dalla data dell'infortunio, 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;

c) far pervenire tempestivamente cartelle cliniche, dichiarazioni di ricovero, notule di spese sanitarie sostenute e altri documenti atti a dimostrare l'entità degli eventi per i quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo,

Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:

a) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;

b) trasmettere, se esplicitamente richiesto dalla Società e fino a cura ultimata, certificati medici

periodici sul decorso dell'infortunio ad intervalli non superiori a 15 giorni.

c) consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato il presente obbligo spetta ai beneficiari;

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

ART.22 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE L'assicurazione è valida purché la morte, l'invalidità permanente e le altre prestazioni sanitarie, siano la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art. 29 anche se accertate o avvenute conseguentemente entro 2 anni dalla data dell'infortunio. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono subire all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio sono conseguenze indirette e quindi non sono indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio.

ART. 23 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

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

GARANZIE OPZIONABILI PERDITE PECUNIARIE

ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia operante per Lavoratori Dipendenti Privati di azienda con almeno 3 dipendenti e con contratto a tempo indeterminato da almeno 12 mesi alla data di decorrenza dell'Assicurazione) **operante solo se risultante dalla scheda di Proposta e Certificato e corrisposto il relativo premio.**

ART.24- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione a seguito esclusivamente di licenziamento, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art .22 "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 Carezza di 90 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie .
- Il sinistro non rientri nelle successive esclusioni di cui al successivo Art.23 "ESCLUSIONI";
- L' Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al successivo Art.25 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" e sia iscritto alla Cassa disoccupazione Inps e percepisca il relativo assegno.

ART.25 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere al 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 carezza. Il primo indennizzo sarà liquidato dopo 6 mesi continuativi di disoccupazione trascorso il periodo di carezza. 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 ed anno.

ART.26 – 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.
- 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;

ART.27 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.25 "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;
- 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.
- 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.28 - DENUNCE SUCCESSIVE

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 previsti.

ASSICURAZIONE RIDUZIONE INVOLONTARIA DEL REDDITO (operante per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti, Ditte Individuali, con Partita IVA operante da almeno 3 anni alla data di decorrenza della Polizza.)

ART.29- 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 60% rispetto al reddito annuale lordo della annualità direttamente precedente a quella in cui si verifica l'evento sinistro **intesa come periodo intercorrente tra il 1° gennaio e**

il 31 dicembre, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art.30 "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 dell'Art.35 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art.31 "ESCLUSIONI";
- l'Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al successivo Art.32 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI"

ART.30 – 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 un indennizzo pari a 6 indennizzi della rata mensile per ciascun Sinistro e per anno.

ART.31 – ESCLUSIONI

Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per i caso di Riduzione Involontaria del Reddito Lordo annuo almeno pari al 60% del reddito lordo annuo del precedente esercizio se:

- 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 o prepensionamento;
- 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 svolga 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 Dichiarazione di Adesione, la Partita IVA non fosse operante da almeno 3 anni .

ART.32 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, 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;
- 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 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 Società le Indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società di Assicurazione stessa.

ART.33 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Riduzione del Reddito almeno pari al 50%, l'Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Riduzione del Reddito almeno pari al 50% se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione pari ad una nuova annualità fiscale. 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 previsti.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 34 - 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. 35 - Durata dell'Assicurazione - Pagamento del premio e Frazionamento mensile

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

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio

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

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

Qualora il Contraente non dovesse corrispondere rate di premio intermedie nel corso della annualità assicurativa, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ai sensi dell'art. 1901 c.c..**

Trascorse tre mensilità consecutive di scadenze mensili insolute, la Società risolverà il contratto e tratterà i premi pagati dal Contraente senza restituzione alcuna. Si pattuisce inoltre, tra il Contraente e la Società, con sottoscrizione nella scheda di proposta che qualora si sia verificato un sinistro regolarmente denunciato, in presenza di morosità di rate di premi mensili, la Società, per dar seguito all'indennizzo del sinistro, tratterà da questo, tutti i premi mensili rimanenti da pagare, sino al completamento dell'annualità assicurativa.

ART. 36 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 37 - 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. (tranne per quanto previsto dall' art. 15)

ART. 38 - 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. 39 - Diritto di recesso.

La polizza prevede due modalità di recesso:

- a) **Il Contraente ha diritto di recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla data di decorrenza della medesima ,a mezzo di lettera raccomandata AR, indirizzata alla Società. L'eventuale premio netto pagato verrà rimborsato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.**
- b) **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 netto, relativa al periodo di assicurazione non corso.**

ART. 40 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

ART. 41 - Oneri fiscali

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

ART. 42 - Rinvio alle norme di legge

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