



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

Contratto di Assicurazione

Infortunati

CF SIAMO IN DUE

Mod. 022.2016.SIDS ed. 12\2019

Il presente Set Informativo, contenente:

- *Documento Informativo Precontrattuale Danni*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni*
- *Condizioni di Assicurazione*
- *Glossario*
- *Modello Proposta di Assicurazione*

*è stato realizzato seguendo le linee guida del tavolo tecnico
ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari
per
“Contratti Semplici e Chiari”*

*deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione
unitamente alla Proposta di Assicurazione.*

*Prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set
Informativo, disponibile anche sul sito internet della Società
www.cfassicurazioni.com*

Assicurazione Infortuni
DIP-Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF SIAMO IN DUE" mod. 022.2016.SIDS ed.12\2019
Il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?: La polizza CF SIAMO IN DUE è una polizza Ramo Infortuni costituita da una combinazione di garanzie finalizzate a tutelare lo stato patrimoniale dell'assicurato.



Che cosa è assicurato?

Sono assicurati in base alle scelte del Contraente-Assicurato:

- ✓ Morte da Infortunio (garanzia sempre operante)
- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio (garanzia sempre operante)
- ✓ Rimborso spese di cura da Infortunio (garanzia opzionale)



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- ✗ che svolgono attività professionali di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo, militari, Forze dell'Ordine e piloti di veicoli aerei
- ✗ 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 da sindrome organiche cerebrali;



Ci sono limiti di copertura?

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

! Puntini di % di invalidità permanente accertata	Franchigia sull'invalidità permanente accertata
Sino ad IP Accertate del 14%	3%
! Da oltre 14% e sino a 66%	Nessuna franchigia
Da oltre 66%	100% della somma assicurata.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

! Relativamente ad esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, limite indennizzo 50% somma assicurata per anno ed evento
 Rette di degenza massimo di 100 giorni dalle dimissioni di ricovero.

! **LIMITE CATASTROFALE**

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con polizze della Società (cumulo sconosciuto), in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di 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.



Dove vale la copertura?

Le Garanzie operanti in riferimento ad Infortuni o Malattia valgono in tutto il mondo.
 La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.



Che obblighi ho?

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione della proposta e del certificato di assicurazione, ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, come pure ha il dovere di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assicurato, come pure la mancata comunicazione, nel corso del contratto, dei cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio stesso, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c..



Quando e come devo pagare?

Il premio viene pagato via anticipata, annualmente se la polizza è emessa con durata annuale e tacito rinnovo.
Se richiesto il frazionamento, le rate di premio successive si devono pagare alle rispettive scadenze
Il pagamento del premio avverrà attraverso gli intermediari con i quali è stata conclusa la polizza oppure alla Società.
Il premio di polizza potrà essere pagato in contanti (per importi sino a €750,00), assegni, bonifici, POS (per importi non inferiori ad € 30



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.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, 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.
La polizza può prevedere durata annuale, con tacito rinnovo e pagamento del premio in forma ricorrente ad ogni scadenza annuale o durata poliennale con pagamento del premio anticipato in unica soluzione per tutta la durata ed in tal caso terminerà alla sua naturale scadenza.



Come posso disdire la polizza?

Inviando una lettera di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione qualora la polizza abbia durata annuale.
Il contratto si risolve in automatico alla scadenza prevista per le durate poliennali e pagamento del premio in unica soluzione.

L'Assicurazione inoltre, cessa in ogni caso:

- alla prima scadenza successiva al compimento del 75 anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento della prestazione, da parte della Società, nell'ambito della garanzia Morte o Invalidità permanente totale, anche se in presenza di più assicurati;
- in caso d'esercizio del diritto di recesso dalle Garanzie Assicurative, da parte dell'Assicurato o della Società.

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 o pec.

Il Recesso formulato dall'Assicurato ha effetto dalla data di invio della comunicazione.

Il Recesso formulato 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.

Assicurazione Infortuni
DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO PER I PRODOTTI ASSICURATIVI DANNI (DIP AGGIUNTIVO DANNI)
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto “CF SIAMO IN DUE mod. 022.2016.SIDS ed.12\2019 ”
Il presente DIP aggiuntivo Danni, pubblicato nel Dicembre 2019, è l’ultimo disponibile.

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

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

<p>CF Assicurazioni S.p.A. appartenente al Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione con il numero n.1.00158</p> <p>Sede Legale e Direzione Generale: Via Paolo di Dono,73- 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com e cfassicurazioni@pec.it. Capitale sociale 38.707.500 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Autorizzazione all’esercizio dell’attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all’Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.</p>
--


<p>Informazioni sulla situazione patrimoniale dell’Impresa: L’ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2018 è pari a euro 37.592.670 , di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 38.707.500 mentre la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d’esercizio, è pari a euro -1.114.830.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Requisito patrimoniale di solvibilità: euro 16.353.717;</u> • <u>Requisito patrimoniale minimo: euro 6.184.358;</u> • <u>Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità: euro 25.498.285;</u> • <u>L’indice di solvibilità è pari al 155,92% e rappresenta il rapporto tra l’ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l’ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente.</u> <p>I dati sono relativi all’ultimo Bilancio approvato e sono disponibili sul sito https://www.cfassicurazioni.com/il-gruppo-cf/bilanci-e-pubblicazioni.htm all’interno della Relazione Unica relativa alla solvibilità e alla condizione finanziaria 2018 del Gruppo CF Assicurazioni.</p>

Al contratto si applica la legge ITALIANA

 **Che cosa è assicurato?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.
L’ampiezza dell’impegno dell’Impresa è rapportato alle somme assicurate concordate con il Contraente.


OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Indicare l’opzione	Garanzia Opzionale Rimborso Spese Mediche da Infortunio, operante se corrisposto il relativo premio.

 **Che cosa NON è assicurato?**


Rischi esclusi	Esclusioni ulteriori rispetto alle informazioni fornite nel DIP Danni Sono esclusi dalle garanzie i sinistri causati : - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l’Assicurato in uno stato comprovato
-----------------------	--


	<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalla pratica di sports aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti; - 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; - dalla partecipazione 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; - 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; - da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; - da guerra e/o insurrezione - 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.). - Sono altresì esclusi dall'assicurazione: <ul style="list-style-type: none"> le ernie di qualsiasi tipo; gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini.
--	---


	Ci sono limiti di copertura?
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni	


	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Il Contraente o l'Assicurato devono:</p> <p>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.;</p> <p>b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi;</p> <p>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,</p> <p>Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:</p> <p>a) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;</p> <p>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.</p> <p>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;</p> <p>Le spese relative ai documenti sono a carico dell'Assicurato.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Questo contratto non prevede forme di Assistenza sia in forma diretta che in convenzione.</p>


	<p>Gestione da parte di altre imprese: Questo contratto non prevede forme di gestione da parte da altre imprese.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio assicurato , come pure la mancata comunicazione, nel corso del contratto, dei cambiamenti che comportino un aggravamento del Rischio stesso, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' Indennizzo nonché la stessa cessazione dell' Assicurazione , ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c..
Obblighi dell'impresa	La Società, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio), ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, provvederà, entro i successivi 30 giorni, al pagamento dell'indennizzo in favore dell'Assicurato o degli aventi diritto

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni

 A chi è rivolto questo prodotto?	
A tutte le persone che intendono garantirsi contro gli Infortuni professionali ed extraprofessionali a seguito dei quali potrebbero perdere la capacità di produrre reddito dal proprio lavoro. In caso di Morte, assicurare un capitale per gli eredi per non farli trovare improvvisamente privi di fonte di reddito familiare.	

 Quali costi devo sostenere?	
- costi di intermediazione: la commissione media percepita dall'Intermediario è pari al 49,9% del premio al netto delle imposte.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma o tramite e-mail alle seguenti caselle di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com o reclamicfassicurazioni@pec.it</p> <p>I reclami dovranno contenere:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</p> <p>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</p> <p>d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,</p> <p>La Società, ricevuto il Reclamo, ha 45 giorni dal ricevimento dello stesso (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di Reclamo relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del Reclamo) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile.</p> <p>Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo previsto dalla normativa, 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.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</p> <p>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</p> <p>d) copia del Reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</p> <p>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p> <p>Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi; • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza); • i reclami già presentati direttamente all'impresa di Assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine massimo previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente; • i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere <p>In caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo è possibile anche rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, come di seguito indicato.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).

Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di	Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità permanente totale, la decisione della

<p>risoluzione delle controversie</p>	<p>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.</p> <p>Si potrà in ogni caso ricorrere all' Autorità Giudiziaria.</p> <p>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</p>
--	--

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE “SIAMO IN DUE”
(il presente documento è aggiornato al 12\2019)

INDICE

ART.1 STRUTTURA E COMPOSIZIONE DEL PRODOTTO	Pag. 2
GARANZIE	Pag.2
ART. 2 OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE INFORTUNI ART. 3 VIAGGI AEREI ART. 4 SERVIZIO MILITARE ART. 5 GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO (garanzia sempre operante) ART. 6 GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO (garanzia sempre operante) ART. 7 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (garanzia opzionale)	Pag. 2 Pag. 2 Pag. 3 Pag. 3 Pag. 3 Pag. 4
DELIMITAZIONI DELLE GARANZIE	Pag. 5
ART. 8 ATTIVITA' ASSICURABILI ART. 9 CRITERI D'INDENNIZZO ART. 10 LIMITI D'INDENNIZZO DELLE GARANZIE 10.1 TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CARENZE, FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO 10.2 TABELLA INVALIDITA' PERMANENTE INAIL ART. 11 LIMITE CATASTROFALE ART. 12 ESCLUSIONI ART. 13 CESSAZIONE DELL' ASSICURAZIONE	Pag. 5 Pag. 5 Pag. 5 Pag. 5 Pag. 6 Pag. 7 Pag. 8 Pag. 8
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	Pag. 8
ART. 14 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO ART. 15 CONTROVERSIE- ARBITRATO ART. 16 ANTICIPO SULL'INDENNIZZO ART. 17 CUMULO INDENNIZZI	Pag. 8 Pag. 9 Pag. 9 Pag. 9
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	Pag. 9
ART. 18 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA ART. 19 ALTRE ASSICURAZIONI Art. 20 DECORRENZA E DURATA DELL' ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO ART. 21 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO ART. 22 MODIFICHE DELL' ASSICURAZIONE ART. 23 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO ART. 24 DIMINUZIONE DEL RISCHIO ART. 25 LIMITI TERRITORIALI ART. 26 DIRITTO DI RECESSO POLIZZE POLIENNALI ART. 27 RECESSO IN CASO DI SINISTRO ART. 28 PROROGA DELL' ASSICURAZIONE ART. 29 ONERI FISCALI ART. 30 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE ART. 31 FORMA DELLE COMUNICAZIONI ART. 32 FORO COMPETENTE ART. 33 RECLAMI ART. 34 PRESCRIZIONE	Pag. 9 Pag. 9 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 10 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 11 Pag. 12
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 12

Art. 1 – STRUTTURA E COMPOSIZIONE DEL PRODOTTO

Le presenti Condizioni di **Assicurazione** disciplinano il prodotto assicurativo Infortuni denominato **DIFESA SEMPLICE** costituito da una combinazione di garanzie finalizzate a tutelare lo stato patrimoniale dell'**assicurato** in caso di:

MORTE DA INFORTUNIO
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Le garanzie MORTE DA INFORTUNIO E INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO sono sempre operanti, la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO è opzionale e valida solo se richiamata in polizza

Nel presente documento, le parole evidenziate in **corsivo**, fanno riferimento alle definizioni contenute nell'allegato Glossario di **polizza**, compreso all'interno del Set Informativo di prodotto

GARANZIE

Art. 2 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

L'**assicurazione** vale per sia per gli infortuni che l'**Assicurato** subisca nell'esercizio delle attività professionali, sia per quelli subiti nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale, che producano lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o determinino spese di cura.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o l'assorbimento di sostanze (compresi avvelenamenti e lesioni da contatto con sostanze corrosive);
- gli infortuni subiti a seguito di malore o incoscienza;
- i colpi di sole e di calore;
- l'annegamento;
- il congelamento e l'assideramento;
- le punture di insetti e i morsi di animali ;
- gli infortuni determinati da: terremoti, alluvioni ed inondazioni

Si intendono in garanzia inoltre:

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

Art. 3 VIAGGI AEREI

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

Sono esclusi i viaggi aerei 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. 3.1 La copertura inizia dal momento in cui l'**assicurato** sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

ART. 3.2 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. 3.3 In base a quanto previsto dall'articolo 31 delle "norme che regolano l'**assicurazione** in generale" e ai sensi e per gli effetti 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. 3.4 - 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 al punto 3.3 .

ART. 3.5 - Eventuali aumenti dei limiti al punto 3.3 devono essere preventivamente concordati con la Società.

Art. 4 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. 5 GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO (sempre operante)

La **Società**, in caso di decesso dell'**Assicurato** in conseguenza di un **infortunio**, corrisponde la somma assicurata in parti uguali, agli eredi legittimi o testamentari ; la garanzia è operante anche se il decesso si verifici successivamente alla scadenza di **polizza**, purchè entro due anni dalla data dell'**infortunio**, avvenuto durante la validità della **polizza**.

5.1 - 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. 6 GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO (sempre operante)

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; la garanzia è operante

anche se l'invalidità si verifichi successivamente alla scadenza di **polizza**, purchè entro due anni dalla data dell'**infortunio**, avvenuto durante la validità della **polizza**.

A) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata indicata nella **proposta** e nel **certificato di polizza**.

B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata, indicata nella **proposta** e nel **certificato di polizza**, in proporzione al grado di invalidità permanente, che va accertata facendo riferimento ai valori delle menomazioni indicati nell'art. TABELLA INAIL. Qualora sia prevista l'applicazione di una franchigia, secondo le regole riportate nella tabella dell'art. 10.1, la percentuale di invalidità permanente liquidabile verrà ottenuta sottraendo la franchigia stessa dalla percentuale di invalidità permanente accertata.

C) In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali di cui alla suddetta TABELLA INAIL 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 dalla TABELLA INAIL 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 nella TABELLA INAIL, 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 nella TABELLA INAIL 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.

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. 7 – GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (opzionale, operante solo se richiamata in polizza)

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 il massimo indicato nell'art. 10.1 Limiti d'indennizzo delle garanzie
- e) per gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, con il limite indicato nell'art. 10.1

La garanzia è operante anche se le spese siano sostenute successivamente alla scadenza di **polizza**, purchè entro due anni dalla data dell'**infortunio**, avvenuto durante la validità della **polizza**.

DELIMITAZIONI DELLE GARANZIE

Art. 8 ATTIVITA' ASSICURABILI

Sono assicurabili tutte le persone fisiche per qualsiasi attività professionale svolta e per i rischi extraprofessionali. **Restano escluse le persone che svolgono attività professionali di trapezista, stuntman, minatore o cavaio, militari, Forze dell'Ordine e piloti di veicoli aerei.**

ART. 9 CRITERI D'INDENNIZZO

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. 10 LIMITI D'INDENNIZZO DELLE GARANZIE

10.1 TABELLA RIASSUNTIVA DELLE CARENZE, FRANCHIGIE E LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzia	Punti di % di invalidità permanente accertata (solo per Invalidità permanente parziale)	**Franchigia	***Limite di indennizzo
MORTE DA INFORTUNIO	=	=	SOMMA ASSICURATA PER LA GARANZIA
INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO	=	=	SOMMA ASSICURATA PER LA GARANZIA
INVALIDITA' PERMANENTE PARZIALE DA INFORTUNIO	Sino ad Invalidità Permanente Accertata del 14%	3%	SOMMA ASSICURATA PER LA GARANZIA IN PROPORZIONE AL GRADO DI INVALIDITA' ACCERTATA IN BASE ALLA TABELLA INAIL SOTTO RIPORTATA
	Invalidità Permanente Accertata da oltre 14% e sino a 66%	Nessuna franchigia	
	Invalidità Permanente Accertata oltre 66%		100% DELLA SOMMA ASSICURATA.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO		per le rette di degenza massimo di 100 giorni
		Per esami e terapie post-operatorie o post-ricovero 50% della somma assicurata

** **Franchigia:** l'importo fisso, espresso in punti percentuali d'invalidità o in euro, che resta a carico dell'**Assicurato** per ogni sinistro, prescindendo dall'entità di quest'ultimo.

*****Limite di indennizzo:** il limite massimo che per l'evento assicurato verrà indennizzato, per **sinistro** e per anno assicurativo.

Art. 10.2 TABELLA INVALIDITA' 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.

Art. 11 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con polizze della Società (cumulo sconosciuto), in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di 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.

Art. 12 ESCLUSIONI

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;

- gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini;

- relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche, le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

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.

Pertanto, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato* medesimo, la sopravvenienza di tali affezioni determina la cessazione dell'*Assicurazione*.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 14 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE o ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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.

La Società, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del premio), ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, provvederà, entro i successivi 30 giorni, al pagamento dell'**indennizzo** in favore dell'**Assicurato** o degli aventi diritto

Art. 15 CONTROVERSIE- ARBITRATO

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

Si potrà in ogni caso ricorrere all' Autorità Giudiziaria.

ART. 16 - 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. 17 - 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 all'indennizzo stesso, in caso contrario non chiede il rimborso.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 18 - 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. 19 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il **Contraente** è esonerato dal comunicare altre assicurazioni stipulate e in corso per i medesimi rischi assicurati.

Qualora però gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Art. 20 DECORRENZA E DURATA DELL' ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L' *Assicurazione* decorre dalle ore 24,00 del giorno di effetto indicato nella *proposta* e nel *Certificato di assicurazione*, a condizione che il *premio* sia stato pagato, altrimenti l' *Assicurazione* decorrerà dalla ore 24,00 della data in cui viene pagato il *premio*.

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*.

La durata dell' *Assicurazione* può essere di anni uno con tacito rinnovo, oppure di tre, cinque o dieci anni senza tacito rinnovo.

L' *Assicurazione* inoltre, cessa in ogni caso:

- alla prima scadenza successiva al compimento del 75° anno di età dell' *Assicurato*;
- al pagamento della prestazione, da parte della *Società*, nell'ambito della garanzia *Morte o Invalidità permanente totale*, anche se in presenza di più assicurati;
- in caso d'esercizio del diritto di *recesso* dalle Garanzie Assicurative, da parte dell' *Assicurato* o della *Società*.

Art. 21 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 c.c...

ART. 22 MODIFICHE DELL' ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell' *assicurazione* devono essere provate per iscritto. La *Società* può modificare unilateralmente la disciplina del presente contratto per conformare lo stesso a sopravvenute disposizioni di legge e/o dell'IVASS. La *Società* provvede comunque ad informare per iscritto il *Contraente*.

ART. 23 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 Attività assicurate)

ART. 24 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*. (tranne per quanto previsto dall' art. 15 attività assicurate)

ART.25 LIMITI TERRITORIALI

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.

ART. 26 DIRITTO DI RECESSO POLIZZE POLIENNALI:

Il *Contraente* ha diritto di recedere dalla *polizza*, ai sensi dell' Art.1899 c.c. ed in base a quanto indicato nell' Art. 20 - Decorrenza e durata dell' *Assicurazione*-Pagamento del premio - , trascorso il quinquennio dalla *decorrenza*.

ART. 27 - 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 o pec.

Il **recesso** formulato dall'**Assicurato** ha effetto dalla data di invio della comunicazione.

Il **recesso** formulato 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. 28 - PROROGA DELL' ASSICURAZIONE.

Per le sole polizze di durata annuale, per le quali è previsto il tacito rinnovo, in mancanza di disdetta, inviata mediante lettera raccomandata o pec almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale da una delle parti la **polizza**, è prorogata per un anno. Qualora il contratto fosse stipulato per una durata poliennale con pagamento del premio in unica soluzione, lo stesso si risolverà automaticamente alla scadenza prefissata senza necessità di disdetta.

ART. 30 ONERI FISCALI

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

ART. 31 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 32 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, salve diverse specifiche indicazioni sopra riportate, devono essere fatte per iscritto con lettera raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Posta Elettronica Certificata (PEC), ai seguenti recapiti

CF Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio
Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma
cfassicurazioni@pec.it

ART.33 - FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello di residenza o di domicilio del **Contraente** o **Assicurato**, o dei loro aventi diritto, fermo l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione previsto dall'Art. 5 del D. Lgs. n. 28 del 4/03/2010, come modificato dall'Art. 84 della Legge 9 agosto 2013, n. 98, mediante il deposito di un'istanza da parte del diretto interessato presso un ente pubblico o privato abilitato e debitamente iscritto nel registro tenuto presso il Ministero della Giustizia. Il procedimento di mediazione è soggetto a regime fiscale agevolato nei termini di cui agli Artt. 17 e 20 del D. Lgs 28/2010.

ART. 34 - RECLAMI

Eventuali reclami intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della **Società** o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo devono essere inoltrati per iscritto alla **Società** - CF Assicurazioni S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma o tramite e-mail alle seguenti caselle di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com o reclamicfassicurazioni@pec.it

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,**

La **Società**, ricevuto il **reclamo**, ha 45 giorni dal ricevimento dello stesso (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di **reclamo** relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del **reclamo**) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile. Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del **reclamo** o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo previsto dalla normativa, 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.**

Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;
- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza);
- i reclami già presentati direttamente all'impresa di assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine massimo previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere

In caso di mancato o parziale accoglimento del **reclamo** è possibile anche rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, come di seguito indicato.

Tutte le controversie relative ai contratti di assicurazione stipulati con CF Assicurazioni S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana, pertanto resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). È prevista anche la procedura di negoziazione assistita, tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.

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.

ART.35 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro 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.

Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione

Art. 1892. (Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave)

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del **contraente**, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il **contraente** ha agito con dolo o con colpa grave.

L'Assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al **contraente** di volere esercitare l'impugnazione.

L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in

corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al **premio** convenuto per il primo anno. Se il **sinistro** si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893. (Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave)

Se il **contraente** ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'**Assicurato** nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il **sinistro** si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il **premio** convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894. (Assicurazione in nome o per conto di terzi).

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897. (Diminuzione del rischio).

Se il **contraente** comunica all'Assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un **premio** minore, l'Assicuratore, a decorrere dalla scadenza del **premio** o della rata di **premio** successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor **premio**, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di **recesso** dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898. (Aggravamento del rischio).

Il **contraente** ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un **premio** più elevato.

L'Assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'**Assicurato** entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il **recesso** dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un **premio** maggiore.

Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di **recesso**.

Se il **sinistro** si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del **recesso**, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il **premio** stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899. (Durata dell'assicurazione).

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'Assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del **premio** rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'**Assicurato**, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di **recesso** è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901. (Mancato pagamento del premio).

Se il **contraente** non paga il **premio** o la prima rata di **premio** stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il **contraente** paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il **contraente** non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il **premio** o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del **premio** relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art.1910. (Assicurazione presso diversi Assicuratori).

Nel caso di **sinistro**, l'**Assicurato** deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'**Assicurato** può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1913. (Avviso all'Assicuratore in caso di sinistro).

L'**Assicurato** deve dare avviso del **sinistro** all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il **sinistro** si è verificato o l'**Assicurato** ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto intervengono entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del **sinistro**.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914. (Obbligo di salvataggio).

L'**Assicurato** deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'**Assicurato** sono a carico dell'Assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del **sinistro**, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'Assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'Assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'**Assicurato** per evitare o diminuire i danni del **sinistro**, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'Assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L'Assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'**Assicurato**, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio.

L'**Assicurato** che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'**Assicurato** omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2952. (Prescrizione in materia di assicurazione).

Il diritto al pagamento delle rate di **premio** si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

GLOSSARIO

Definizioni

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

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

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.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

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

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

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

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

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

Società: l'impresa assicuratrice.



**CF SIAMO IN DUE 10.16
PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

N. Proposta	Intermediario	Cod. Int.	C. Sub. Int.	Cod. Prodotto
				022.2016.SIDS
Contraente				Codice Fiscale
Indirizzo				Provincia
CAP		Località		
Decorrenza	Scadenza	1^scad. Succ.	Fraz.	Durata (AA/MM/GG)
			Semestrale	Ricorrente
				Tacito rinnovo
				Tipo Coass
				0

ASSICURATI				
	Cognome e Nome	Codice Fiscale	Professione	Garanzia
1				

GARANZIE - SOMME ASSICURATE - PREMI			
	Garanzia	Somma Assicurata	Premio lordo
1	Morte da Infortunio	€	€
	Invalità permanente (INAIL)	€	€
1 Totali:		Premio Fraz.to	€
Totale Premi		Premio Fraz.to	€

PREMIO DA PAGARE		Pr.netto	Spese di emissione	Imponibile	Tasse	Totale €
Premio Firma sino al		€	€	€	€	€
Rate Future dal	2	€	€	€	€	€

Modalità di Pagamento: Contanti sino a 750,00 euro, Assegni, Bonifici, con Pos (per importi da € 30)

AI sensi e per gli effetti degli artt.1892 e 1893 c.c. il Contraente e gli Assicurati sotto la propria responsabilità in relazione ai rischi proposti dichiara/no:
a) di essere in buono stato di salute, di non essere stato ricoverato in istituto di cura negli ultimi cinque anni (salvo che per: conseguenze traumatiche di lesioni di arti, appendicectomia, ernia inguinale, varicocele, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici arti inferiori, alluce valgo, meniscotomia, chirurgia estetica, parto);
b) di non aver avuto Invalità Permanenti accertate da infortunio o malattia.
c) di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altre Persone od Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
d) di aver preso atto delle franchigie e/o scoperti previsti per ciascuna garanzia ed indicate nelle Condizioni Generali di Assicurazione.
ATTENZIONE: prima di sottoscrivere le dichiarazioni, leggere con attenzione e verificare l'esattezza delle stesse.
AVVERTENZA: LE DICHIARAZIONI NON VERTIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

Il Contraente Assicurato

AI sensi e per gli effetti dell'Art.1341 c.c., il Contraente dichiara di ricevere insieme alla presente Proposta il Set Informativo Mod. 005.2017.DIS.TC - il Questionario Demands&Needs \ Adeguatezza Mod. QA.001.2010 - l'informativa Privacy Mod. PY.001.2018 - All.3 e All.4 del Regolamento 40 IVASS e di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione contenute nel suddetto Set Informativo :

Art.2 - Oggetto dell'assicurazione Infortuni; Art.8 - Attività assicurabili; Art.9 - Criteri d'indennizzo; Art.10 - Limiti d'indennizzo delle garanzie; Art.11 - Limite Catastrofale; Art. 12 - Esclusioni; Art. 13 - Cessazione dell'assicurazione; Art. 14 - Obblighi del Contraente o Assicurato in caso di sinistro; Art.15 - Controversie-Arbitrato; Art. - 19 Altre assicurazioni; Art. 20 - Decorrenza e durata dell'assicurazione Pagamento del premio; Art. 21 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. 22 - Modifiche dell'assicurazione; Art. 23 - Aggravamento del rischio; Art. 25 - Limiti Territoriali; Art.26 - Diritto di recesso polizze poliennali; Art. 27- Recesso in caso di sinistro; Art.28 - Proroga dell'Assicurazione; Art.31-Forma delle comunicazioni; Art.32-Foro competente; Art.34-PreSCRIZIONE;

Il Contraente

L'Intermediario

Emessa in 3 originali il

Mod. PR.022.2016.SIDS ed.12/2019

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 CCIAA 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

