



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Credit Protection

Proteggi ContoCorrente

Mod. 006.2014.PCC

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**
- c) Proposta di Assicurazione**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA: *Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.*

CF ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:
Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4650
info@cfassicurazioni.com
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 23.000.000,00 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



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

La presente Nota Informativa è aggiornata al 01.01.2014

la presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) 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 DI ASSICURAZIONE

Articolo 1- Informazioni generali

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com Capitale sociale 23.000.000 i. v. - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007-G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Articolo 2- Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

(dati al 31 dicembre 2012) CF Assicurazioni S.p.A. ha:

- un patrimonio netto pari a 9,743 milioni di Euro, con un Capitale Sociale di 10 milioni di euro e Riserve patrimoniali pari a 4,046 milioni di euro;
- un indice di solvibilità di 2,914, riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto di assicurazione può essere annuale con tacito rinnovo oppure triennale o quinquennale senza tacito rinnovo e con pagamento del premio in un'unica soluzione.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazioni

Articolo 3. Informazioni sul contratto e coperture assicurative offerte.

Il contratto di assicurazione stipulato, nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione CF, garantisce all'assicurato, in caso di morte da infortunio, perdita permanente o temporanea della capacità di attendere ad attività lavorative derivanti da Infortunio o da malattia, e in caso di Perdita involontaria del lavoro, il pagamento di un indennizzo pattuito in Polizza nei limiti e alle condizioni stabiliti negli articoli successivi.

GARANZIE PRESTATE:

Per Lavoratori Autonomi , Liberi Professionisti , Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori:

- A) Morte da Infortunio** (in seguito definita **MI**)
- B) Invalidità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) Inabilità Temporanea Totale al lavoro** da Infortunio o malattia (in seguito definita **ITT**) (garanzia non operante per Non-Lavoratori)

Per Lavoratori Dipendenti Privati:

- A) Morte da Infortunio** (in seguito definita **MI**)
- B) Invalidità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) Perdita Involontaria d'Impiego** (in seguito definita **PII**) a condizione che l'Assicurato abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. In caso tale condizione non sussista opera la garanzia ITT.

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio, agli articoli 21 , 25, 29 e 34 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali. Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli Articoli delle Condizioni di Assicurazione.

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

Sulla garanzia Morte non è applicata alcuna franchigia.

Sulla garanzia Invalidità Permanente totale non è presente alcuna franchigia in quanto corrisposta solo se totale come definito nelle Condizioni di Assicurazione.

Sulle garanzie Inabilità Temporanea totale e Perdita di Impiego è presente una franchigia di 60 giorni per entrambe le garanzie Infortuni e Malattia. Ovvero verranno indennizzati i giorni di Inabilità dopo i primi 60 giorni di inabilità stessa

Esempio:

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

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

Per le garanzie di inabilità Temporanea Totale; Perdita Involontaria d'Impiego, il massimo indennizzo è stabilito nella rata mensile indicata nella scheda di polizza con il massimo di 6 indennizzi mensili per sinistro e 12 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Esempio

Inabilità Totale o Perdita Impiego accertata	Franchigia	Prestazione erogata
10 mesi consecutivi = 300 gg	60 gg = 2 mesi	10-2 = 8 ma verranno liquidate massimo 6 indennizzi per sinistro.

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

Art.4 - Periodo di carenza contrattuale.

Ai sensi degli Artt.23, 27 e 32 delle Condizioni di Assicurazione, cui si rimanda per maggiori dettagli, e che regolano l'assicurazione in generale, sono previsti periodi di carenza contrattuali.

Per carenza si intende il periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni a far data dalla decorrenza della polizza durante i quali la garanzia non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Sulla garanzia Morte non è applicata alcuna carenza;

Sulle garanzia Inabilità Temporanea totale e Ricovero Ospedaliero è presente una carenza di 60 giorni per entrambe le garanzie Infortuni e Malattia;

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

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

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.3 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Non è prevista la compilazione di un questionario sanitario

Articolo 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il presente contratto di assicurazione facendo riferimento ad un Conto Corrente Bancario non prevede aggravamento o diminuzione del rischio se non in caso di modifiche del Conto Corrente Bancario stesso.

L'assicurato, non deve pertanto dare comunicazione scritta alla Società in circostanze rilevanti, ivi incluse le variazioni della professione, che possono determinare l'aggravamento o la diminuzione del rischio.

Per ulteriori aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 11 delle Condizioni di Assicurazione

Articolo 7 -Premi

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

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

Il premio è soggetto a un caricamento per spese amministrative del 15% e ad una commissione media percepita dall'Intermediario sul premio netto del 35%. Oltre a 100,00 Euro per spese di emissione.

Esempio di commissione percepita dall'Intermediario:

Premio unico quinquennale lordo	Premio netto unico quinquennale corrispondente (-spese di emissione 100,00 e imposte 2,5%)	erogata Commissione = 35% del Premio netto
1.000,00	878,05	307,31

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari e dovrà essere effettuato avvenire per tutte le rate qualora il premio sia stato frazionato annualmente.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI: addebiti su CC, assegni, bonifici.

AVVERTENZA: in caso di anticipata chiusura del Conto Corrente Bancario cui le garanzia sono riferite, la Società rimborserà al Contraente la quota pro-rata del premio netto nei termini stabiliti dall'art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora si proceda all'estinzione del Conto Corrente con la contemporanea stipula di un nuovo Conto Corrente e relativa Polizza con la Società (cd. sostituzione), al rimborso verrà applicato lo stesso calcolo di cui all'Art.8 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 8 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

Articolo 9 – Rivalse

Per rivalsa si intende: Il rivalersi di una perdita, di un danno subito ai sensi dell'Art,1916 del C.C.

Il presente contratto di assicurazione non prevede rivalse.

Articolo 10 – Diritto di recesso

AVVERTENZA: 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, nettato di 50,00 Euro per spese di rimborso. In questo caso la Società comunicherà il recesso all'Ente Bancario.

AVVERTENZA :Diritto di recesso Polizze poliennali: Il Contraente ha diritto di recedere ai sensi dell'Art.1899 del C.C.,polizze poliennali, in assenza di vincolo a favore dell'Ente Bancario, trascorso il quinquennio, ad ogni scadenza annuale, con preavviso di 60 giorni, senza oneri aggiuntivi e con rimborso del premio se corrisposto in unica soluzione, nei termini previsti all'Art.8 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 11 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

Articolo 12 -Legge applicabile al contratto

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 13- Regime fiscale

Imposta sui premi

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

Detraibilità fiscale dei premi

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

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

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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

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

Con riferimento alle modalità e termini per la denuncia dei sinistri e alle procedure liquidative si rinvia per i dettagli agli artt. 9, 10, 20, 24, 26, 28, 30, 33 e 35 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 14-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

La Società, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione CF, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa (incluso il pagamento del Premio) e ricevuta tutta la documentazione prevista, provvederà, entro i successivi 30 giorni al pagamento dell'Indennità che verrà corrisposta in Italia, in valuta italiana.

Articolo 15 - Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Viale Erminio Spalla n. 9, 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 descrizione del motivo di lamentela;**
 - d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,**
- e dovranno essere inviati all'Ufficio Legale- Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma -

I reclami indirizzati 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 descrizione del motivo di lamentela;**
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;**
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.**

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

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Articolo 16 - Arbitrato

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

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

GLOSSARIO :

Definizioni

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

Banca: L'istituto ove è aperto il Conto Corrente

Beneficiario: L'Assicurato/i per tutte le Garanzie prestate.

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

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione;

Conto Corrente Bancario: il Conto Corrente bancario acceso presso la Banca su cui vengono movimentate somme all'assicurato secondo un Piano di addebito stabilito o vi sono depositate somme a fronte delle quali l'Assicurato opera da garante, coobbligato o con crediti di firma.

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

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

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

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

- abbia cessato, non volontariamente, la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra attività.
- sia iscritto presso il Centro per l'impiego (o nelle liste di collocamento o equivalente con status di disoccupato in Italia) o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria ;
- risulti privo di lavoro o comunque non impiegato in qualunque altra occupazione che generi un reddito o un guadagno da lavoro dipendente.
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro irragionevolmente.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da:

- Proposta, informative contratti e privacy, Condizioni di Assicurazione, mod.7A e 7B, questionario di adeguatezza.

Inabilità Temporanea Totale: la perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa, a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle coperture assicurative di cui alla presenti Condizioni Generali. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, al Piano di addebito.

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

Invalidità Permanente Totale: se l'assicurato, al momento del verificarsi dell'evento che determina l'invalidità (data dell'infortunio o data di denuncia della malattia), è lavoratore autonomo o dipendente, l'invalidità sarà riconosciuta se avrà determinato la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale, sempre che il suddetto evento abbia comportato la cessazione di ogni tipo di attività lavorativa. Viceversa, nel caso in cui l'assicurato al momento del verificarsi dell'evento che determina l'invalidità (data dell'infortunio o data di denuncia della malattia), non è lavoratore, l'invalidità sarà riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 66% della Totale, sulla base e secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nei T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30.6.1965 n°1124 "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente -industria". In entrambi i casi, la valutazione dell'Invalidità Permanente verrà effettuata non prima che siano decorsi due mesi dalla data della denuncia della Malattia o dell'Infortunio e comunque non oltre i 24 mesi da tale data o, a seguito di comunicazioni annuali, sino a quando questa verrà riconosciuta tale.

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

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

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 8 ore settimanali. Sono altresì Lavoratori Dipendenti, coloro che godono di redditi di cui all'art. 47, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: b) (lavoratori soci di cooperative), c) (borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento), d) (remunerazioni dei sacerdoti), e) (indennità parlamentari ed assimilate).

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

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

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

Parti: Contraente, Assicurato, Società.

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

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

Periodo di Riqualificazione: un intervallo di tempo minimo che deve intercorrere tra il verificarsi di un Sinistro e quello successivo ai fini dell'indennizzabilità di quest'ultimo. Più precisamente, si intende un periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, di Inabilità Temporanea Totale, liquidabile ai sensi della Polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro rispettivamente per Perdita d'Impiego o Inabilità Totale Temporanea.

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

Piano di addebito: il Piano concordato tra Banca e Assicurato, anche in qualità di Procuratore, socio di società, garante, coobbligato o con crediti di firma, mediante addebito diretto o indiretto sul conto corrente di quest'ultimo o della Persona giuridica che rappresenta presso la banca relativo a: Programmi di accumuli personali, rate di mutui, rate di prestiti personali, carte di credito, utenze, finanziamenti societari, anche tramite RID ed etc. il tutto a titolo esemplificativo e non riduttivo.

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

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

Premio: la somma dovuta alla Società, a fronte delle coperture assicurative prestate.

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

Società: CF Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

CF Assicurazioni S.p.A.
Il Direttore Generale
Marco Mondini



Proteggi ContoCorrente

Mod. 006.2014. PCC

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

Per Lavoratori Autonomi , Liberi Professionisti , Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori:

A)- Morte da Infortunio (in seguito definita **MI**)

B) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)

C)Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o malattia (in seguito definita **ITT**) (non operante per Non Lavoratori)

Per Lavoratori Dipendenti Privati:

A) Morte da Infortunio (in seguito definita **MI**)

B) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)

C) Perdita Involontaria d'Impiego (in seguito definita **PII**) a condizione che l'Assicurato abbia prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. In caso tale condizione non sussista opera la garanzia ITT.

ART.2 - PRESTAZIONI

Morte da Infortunio (MI): La Società corrisponde la somma assicurata a titolo di indennizzo a seguito della morte dell'Assicurato in conseguenza di un infortunio, in parti uguali, agli eredi legittimi o testamentari anche se l'evento si verifichi entro due anni dalla data del sinistro avvenuto durante la validità della polizza.

Invalidità Permanente Totale (IPT) : La Società corrisponde la somma assicurata a titolo di indennizzo, seguente l'evento, alla data di riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente. per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): La Società corrisponde a titolo di indennizzo, seguente l'evento, alla data di riconoscimento della Inabilità Temporanea Totale comprovato successivo al periodo di carenza di 60 giorni e della franchigia di 60 giorni, la somma assicurata come Rata Mensile. Per i Non Lavoratori la Inabilità temporanea sarà equiparata ad una Diaria di Inabilità Totale a seguito di Infortunio o Malattia. L'indennizzo sarà corrisposto per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi successivi se perdura la Inabilità Temporanea Totale. Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'inabilità Temporanea Totale . L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine dello stato di Inabilità Temporanea Totale.

Perdita Involontaria d'Impiego (PII): La Società corrisponde a titolo di indennizzo, seguente l'evento, alla data di riconoscimento della disoccupazione comprovata successiva al periodo di carenza di 90 giorni e della franchigia di 60 giorni, la somma assicurata come Rata Mensile. L'indennizzo sarà corrisposto per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi successivi se perdura la disoccupazione. Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data del sopravvenire dello stato di Disoccupazione dell'Assicurato. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine della disoccupazione o al momento del raggiungimento del diritto all'indennità di pensionamento dell'Assicurato.

ART.3 REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche, che abbiano un Conto Corrente con la Banca con Piani di addebiti :

- di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza e che alla data di scadenza della polizza , non abbiano ancora compiuto 75 anni;
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa.

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.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso; nonché la stessa cessazione dell' assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 c.c. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, chieste dalla Società all'atto della Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, devono corrispondere a verità ed esattezza. Anche se non espressamente prevista dalla formalità di ammissione alle Garanzie Assicurative, è riconosciuta all'Assicurato la possibilità di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico. Pertanto, qualora intervengano nuovi fattori dello stato di salute dell'Assicurato, tra il momento della sottoscrizione della Dichiarazione nella Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'effetto della polizza al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste.

ART.4 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive la Proposta di Assicurazione, a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Conto Corrente Bancario sia attivo e con Piano di addebito. La durata dell'Assicurazione, espressa in mesi interi non potrà essere superiore a 60 mesi (5 anni) pertanto potrà non coincidere con l'originaria durata del Piano addebito (anche in caso di successiva modifica della stessa).

L'Assicurazione inoltre, cessa in ogni caso:

- alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 75⁰ anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione, da parte della Società di Assicurazione, nell'ambito della garanzia Morte e Invalidità Permanente Totale;
- in caso d' esercizio del diritto di recesso dalle Garanzie Assicurative, da parte dell'Assicurato.

ART.5 - DIRITTO DI RECESSO

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, nettato di 50,00 Euro per spese di rimborso.

ART.6 - LIMITI DI INDENNIZZO

La prestazione assicurata è pari alle somme assicurate per ciascuna garanzia prestata comunque l'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Morte da Infortunio e Invalidità Permanente Totale, la somma assicurata e indicata nella proposta e nel certificato di assicurazione.
- in caso di Inabilità Temporanea Totale; Perdita Involontaria d'Impiego, l'importo massimo mensile indicato nella scheda di polizza con il massimo di 6 indennizzi mensili per Sinistro e 12 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

ART.7 - PREMIO ASSICURATIVO

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio unico o annuale su polizza di durata poliennale massimo di 5 anni , da parte del Contraente, in via anticipata comunque per tutta la

durata contrattuale. Il premio lordo è comprensivo dell'imposta di legge. L'assicurazione ha effetto se il premio è stato corrisposto; **altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.**

ART.8 - ANTICIPATA ESTINZIONE , ANTICIPATA RISOLUZIONE POLIZZA PLURIENNALE , SOSTITUZIONE CONTO. VARIAZIONE.

In caso di anticipata estinzione del Conto Corrente o , la copertura assicurativa si intenderà decaduta e la Società provvederà a rimborsare al Contraente la quota pro-rata del premio netto dedotto il 15% a titolo di caricamento spese amministrative comprensive delle spese di rimborso, pagato e non fruito come da seguente formula .

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

Dove:

R = rimborso

PN = premio netto

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

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

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

Qualora si proceda all'estinzione anticipata di un Conto Corrente con la contemporanea apertura di un nuovo Conto Corrente e relativa Polizza con la Società (cd. sostituzione), al rimborso verrà applicato il calcolo di cui al primo capoverso del presente articolo.

In ogni caso con il rimborso del premio non goduto l'assicurazione si intenderà definitivamente estinta.

In caso di variazione del Conto Corrente o del l'Intestatario, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società. La variazione verrà recepita dalla Società mediante emissione di apposita appendice sottoscritta dalle parti.

Nel caso di variazione dell'Intestatario, i diritti e gli obblighi, derivanti dal contratto di assicurazione, vengono trasferiti – mediante apposita appendice contrattuale . Se l'Intestatario entrante, si rifiuti di sottoscrivere la suddetta appendice e comunichi alla Società di non voler subentrare nel contratto di assicurazione, la garanzia assicurativa si considererà decaduta dalle ore 24 della ricezione da parte della Società della suddetta comunicazione di rifiuto, ed il premio assicurativo rimanente verrà restituito al Contraente con le modalità previste dal precedente capoverso dell'Art. 8 come anticipata risoluzione del Conto Corrente.

ART.9 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

L'indennizzo relativo alle rate del piano di addebito sarà corrisposto all'Assicurato o suoi eredi nel caso di Morte, che dovrà utilizzare quanto ricevuto dalla Società per estinguere o ridurre il Piano di addebito. L'indennizzo sarà accreditato sul Conto Corrente Bancario di riferimento.

ART.10 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono inviare alla Società la Denuncia di Sinistro **entro 30 giorni dalla data dell'evento, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC**, con allegata la documentazione prevista negli articoli successivi **"DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI"** di ogni garanzia .

Nel caso il premio sia stato frazionato in rate annuali, in caso di sinistro indennizzabile, il Contraente, o gli aventi diritto in caso di morte, dovrà comunque corrispondere tutte le rate annuali a completamento del saldo premi della polizza.

ART.11 – AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il presente contratto di assicurazione facendo riferimento ad un Piano di addebito non prevede aggravamento o diminuzione del rischio .

ART.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non previsto o non diversamente regolato dal presente Contratto, valgono le norme generali di legge. La legge applicabile è quella Italiana.

ART.13 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni inviate alla Società da parte dell'Assicurato, con riferimento alle Garanzie Assicurative, dovranno essere fatte per iscritto. Eventuali comunicazioni all'Assicurato da parte della Società saranno indirizzate al domicilio indicato alla Contraente o a quello successivamente comunicato, a pena di inopponibilità, dall'Assicurato.

ART.14 - RECLAMI

Eventuali reclami inerenti le Garanzie Assicurative, devono essere inoltrati per iscritto a:

CF Assicurazioni n. di fax 06.51.29.46.50 - Indirizzo e-mail: reclami@cfassicurazioni.com

specificando in maniera dettagliata le ragioni e i fatti invocati. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS. - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA (Italia) – tel. 06-421331 - fax 06-42133545.206 corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

I reclami indirizzati 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 descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

ART.16 - CESSIONE DEI DIRITTI

Il Contraente -Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti al contratto di assicurazione per tutto il periodo di durata della Polizza.

ART.17 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal contratto.

ART.18 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto dai Contraenti

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

SEZIONE A

MORTE DA INFORTUNIO

ART.19- OGGETTO DELLA COPERTURA

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

- l'Infortunio che ha determinato il decesso, si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi dell'Art 4;
- il decesso dell'Assicurato avvenga entro 24 mesi dalla data del sinistro da Infortunio che l'ha provocato.
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo di cui al successivo Art. 20.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 21 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.20 – INDENNIZZO

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

Il Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Morte da Infortunio sono gli eredi dell'Assicurato.

ART.21 - ESCLUSIONI Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di morte causati da:

- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore,paracadutismo e sport aerei in genere,
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato,
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai beneficiari designati;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- infortuni verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;

ART.22- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, di cui al precedente Art.6 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:

- copia del certificato di morte e la causa che l'ha determinata;
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;

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

SEZIONE B

Art.23- ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA.

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Permanente Totale, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.24 "INDENNIZZO" qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art 4, "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE";
l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro non oltre i 24 mesi da tale data o, a seguito di comunicazioni annuali, sino a quando questa verrà riconosciuta tale.
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo di cui al successivo Art. 24 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 25 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.24 – INDENNIZZO

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

- nel caso di Infortunio, alla data del Sinistro che ha generato l'Invalidità Permanente Totale da Infortunio,
- nel caso di Malattia, alla data della denuncia della Malattia che ha determinato l'Invalidità Permanente Totale da Malattia,

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data di riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'invalidità Permanente Totale.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente è l'Assicurato, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per il Piano di addebito .

ART.25 – ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

Non sono coperti dalla presente polizza i casi di Invalidità Permanente Totale causati da:

- invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza;
- partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore,paracadutismo e sport aerei genere,

- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai beneficiari designati;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici
- connessione con l'uso o produzione di esplosivi;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;
- malattie tropicali;
- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;

Nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Proposta, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART.26- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo, del precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- notifica di Invalidità Permanente Totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.); in difetto di relazione, del medico legale attestante l'Invalidità Permanente Totale, il relativo grado e la causa della stessa;
- dichiarazione attestante il Conto Corrente Bancario di riferimento;

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

SEZIONE C

Art.27 ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.28 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro da l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4 "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla data di decorrenza;
- Il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 29 "ESCLUSIONI" ;

- L'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.28- INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla Somma Assicurata come Rata Mensile.

L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale mensile indicato nella Proposta e nel Certificato di Assicurazione anche se la rata effettiva del Piano di Addebito fosse superiore.

In caso di Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il periodo di carenza pari a 60 giorni e il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni consecutivi di inabilità Temporanea Totale. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità Temporanea Totale.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi del presente articolo è di 6 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 12 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di inabilità Temporanea Totale è l'Assicurato, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per il Piano di addebito.

ART.29 - ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

Non sono coperti dalla presente polizza i casi di Inabilità Temporanea Totale causati da:

- conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza e già diagnosticati a tale data all'Assicurato;
- Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;
- dolo dell'Assicurato;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei genere,
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- malattie tropicali;

- svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;
- Infortuni o Malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, inclusi gli stati di stress;
- interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della Copertura;
- qualunque condizione di salute o Malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- le conseguenze di Infortuni e Malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua Normale Attività Lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di Inabilità Temporanea Totale;
- nessun Indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Proposta di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART.30 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI.

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA, DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI", la seguente documentazione:

- copia del documento di Identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA)
- certificato medico attestante l'inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale),
- dichiarazione attestante il Conto Corrente Bancario di riferimento;

Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società di Assicurazione 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 ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

ART.31 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di carenza pari a 60 giorni per inabilità Temporanea Totale, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di rivalutazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 12 indennizzi mensili.

SEZIONE D

ART.32 - ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art .33 "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 nei termini di cui al precedente ART.4 "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE"
- la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- Il sinistro non rientri nelle successive esclusioni di cui al successivo Art.34 "ESCLUSIONI";
- L' Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.33 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla Somma Assicurata come Rata Mensile.

L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro il massimale mensile indicato nella Proposta e nel Certificato di Assicurazione anche se la rata effettiva del Piano di Addebito fosse superiore.

In caso di Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il periodo di carenza pari a 90 giorni e il Periodo di Franchigia Assoluta consecutivi pari a 60 giorni di Disoccupazione. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di 6 indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 12 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Disoccupazione è l'Assicurato, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del piano di addebito.

ART.34 – ESCLUSIONI

Non sono coperti dalla presente polizza i casi di Disoccupazione se:

- **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro. Nel caso questa condizione non fosse operante opera la garanzia Inabilità Temporanea Totale (ITT).**
- **alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
- **la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o professionali;**
- **la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;**
- **la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita e la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi);**
- **l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;**
- **l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà (dimissioni o risoluzioni consensuali con il datore di lavoro);**
- **l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;**

- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità temporanea totale;
- la Disoccupazione deriva da licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti in imprese familiari;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall' Art 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART.35 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.29 "INDENNIZZO", l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- dichiarazione attestante il Conto Corrente Bancario di riferimento;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella Cassa integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- l'attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria,

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

ART.36 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante il periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un lavoratore dipendente ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 12 indennizzi mensili.