



Contratto di Assicurazione

Invalidità Permanente Totale da infortunio o malattia, Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia, Perdita Involontaria dell'Impiego, Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia

Mod. 12.PP.006



SALVA PRESTITO Base

famiglia
Finanziamento

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Fascicolo Informativo

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

La presente nota informativa è aggiornata al 30.05.2013

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

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 17.000.000 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. IVASS (già ISVAP) n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Articolo 2-. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

(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.

A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto è fissata da un minimo di 2 anni ad un massimo 7 anni con pagamento in unica soluzione. Alla scadenza del contratto non opera il Tacito rinnovo.

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

Articolo 3- coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

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 o da ricovero 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.

- **Invalidità Permanente Totale** (in seguito definita **IPT**), per tutti gli Assicurati.
- **Inabilità Temporanea Totale al lavoro** (in seguito definita **ITT**), solo per i lavoratori autonomi .
- **Ricovero Ospedaliero** (in seguito definita **RO**), solo per chi è non lavoratore.
- **Perdita Involontaria d'Impiego** (in seguito definita **PII**), solo per i lavoratori dipendenti.
- **Rimborso bollette Utenze** (Energia - Gas- Telefono se fisso o con contratto, (in seguito definita **RBU**), per tutti gli Assicurati.

Le garanzie Infortuni e Malattia sono valide senza limiti territoriali, ma le garanzie Invalidità Permanente Totale e Inabilità Temporanea Totale, devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;

la garanzia perdita involontaria d'impiego è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana.

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 20 , 24, 29, 34 e 38 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

Sulla garanzia Ricovero Ospedaliero è presente una franchigia di 7 giorni per entrambe le garanzie Infortuni e Malattia.

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 di Mutuo indicata nella scheda di polizza con il massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Esempio

Inabilità Totale o Perdita Impiego accertata	Franchigia	Prestazione erogata
15 mesi consecutivi = 450 gg	60 gg = 2 mesi	15-2 = 13 ma verranno liquidate massimo 12 indennizzi per sinistro.

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

Art.4 - Periodo di carenza contrattuale.

AVVERTENZA: Ai sensi degli Artt.22,27 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.

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

AVVERTENZA: è previsto l'annullamento del contratto quando il contraente, agendo con dolo o con colpa grave, fornisce dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio. Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia agli art.31 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio

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

Articolo 7 -Premi

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

L'assicurazione ha effetto se il premio è stato corrisposto; **altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.** Il premio è soggetto a un caricamento per spese amministrative del 15% e ad una commissione media percepita dall'Intermediario sul premio netto del 40%. Oltre a 25,00 Euro per spese di emissione.

Esempio di commissione percepita dall'Intermediario:

Premio unico quinquennale lordo	Premio netto unico decennale corrispondente (-spese di emissione 25,00 e imposte 2,5%)	erogata Commissione = 40% del Premio netto
770,00	702.44	280,98

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: Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (quest'ultimo se l'intermediario ne è provvisto)

AVVERTENZA: in caso di anticipata risoluzione del Mutuo a 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 anticipata di un Prestito con la contemporanea stipula di un nuovo Prestito e relativa Polizza con la Società (cd. sostituzione), al rimborso verrà applicato lo stesso calcolo di cui al primo capoverso dell'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 erogatore del Prestito.

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 erogatore del Prestito, 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.38 delle Condizioni di Assicurazione.

Per ulteriore aspetti di dettaglio si rinvia all' articolo 5 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 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.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare € 1.291,14.

In particolare, ai sensi del D.Lgs 47/2000, 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 del 19% dei premi versati fino ad un importo massimo di 245,32 euro, ottenuto applicando l'aliquota del 19% all'importo massimo di € 1.291,14.

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.9,10,19,21,23,25,28,30,33,35,37 e 39 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 14-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

La Società, in caso di Sinistro, riscontra 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 – telefono 06 51 29 46 00 – **telefax 06 51 29 46 50 - – 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/finservices-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

DEFINIZIONI

Assicurato: Il soggetto persona fisica che ha stipulato un Contratto di Prestito Personale (Contratto di Finanziamento) e che ha aderito al Piano Assicurativo sottoscrivendo l'apposita Proposta di Adesione.

Beneficiario: l'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione quando si verifica il sinistro.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Piano Assicurativo non è efficace. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata. La carenza non trova applicazione se il sinistro è causato da infortunio.

Contraente: il soggetto che ha stipulato la convenzione con la Società e presso il quale è stato richiesto il finanziamento.

Contratto di Finanziamento: il Contratto di Finanziamento con il quale la Contraente ha mediato il prestito all'Assicurato per una somma predeterminata che dovrà essere restituita dall'Assicurato secondo un piano di ammortamento predeterminato e di durata compresa tra 6 e 84 mesi e al quale si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente polizza.

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.

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 e sempre che il Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento altrimenti, l'assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento.

Debito residuo: quanto residua in linea capitale, a favore del soggetto che ha erogato il finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie.

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
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali o percepisca una indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro irragionevolmente.

Franchigia: periodo espresso in giorni, non indennizzabile per ogni sinistro che resta a carico dell'Assicurato/Beneficiario.

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 base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza a seguito del verificarsi di un sinistro. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo del Contratto di Finanziamento.

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 dodici mesi da tale data.

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

Lavoratore Autonomo: 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 Contratto di Finanziamento, le attività, o una delle 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), g) (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 Lavoratore Dipendente.

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.

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

Periodo di Franchigia Assoluta: periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro per Inabilità Temporanea Totale, per Perdita di Impiego oppure per 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 Totale Temporanea, Ricovero Ospedaliero, 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, Inabilità Totale Temporanea o Ricovero Ospedaliero.

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

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

documento viene indicato l'importo erogato e la rata mensile di ammortamento.

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

Pubblica Amministrazione: ogni Amministrazione dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende di amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni; le Istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni; tutti gli enti Pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

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

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

Società: 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



SALVA PRESTITO BASE

Mod.12PP006

CONDIZIONI di ASSICURAZIONE

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

- **Invalidità Permanente Totale** (in seguito definita **IPT**), per tutti gli Assicurati.
- **Inabilità Temporanea Totale al lavoro** (in seguito definita **ITT**), solo per i lavoratori autonomi .
- **Ricovero Ospedaliero** (in seguito definita **RO**), solo per chi è non lavoratore.
- **Perdita Involontaria d'Impiego** (in seguito definita **PII**), solo per i lavoratori dipendenti.
- **Rimborso bollette Utenze** (Energia - Gas- Telefono se fisso o con contratto, (in seguito definita **RBU**), per tutti gli Assicurati.

Le garanzie sono prestate dalla Società in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma le garanzie Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è valida solo sul territorio dello Stato Italiano e il contratto di lavoro deve essere regolamentato dalla legge italiana. La garanzia Rimborso Bollette Utenze è valida solo sul territorio dello Stato Italiano.

ART.2 - PRESTAZIONI

Invalidità Permanente Totale (IPT): l'Indennizzo è pari al debito residuo del Contratto di Finanziamento in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie 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. Verrà corrisposto l'indennizzo per l'Invalidità Permanente Totale quando questa sia stata già accertata ed intervenga successivamente il decesso dell'Assicurato entro la data di scadenza della polizza, a seguito dell'Infortunio o della Malattia indennizzabile denunciata dall'Assicurato.

Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero nel periodo intercorrente tra la data di accadimento dell'infortunio oppure, in caso di malattia, tra la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale e la data della liquidazione dell'Indennizzo dovuto per l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

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

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

Perdita Involontaria d'Impiego (PII): per ogni perdita involontaria d'impiego verificatasi dopo il periodo di carenza di 90 giorni e per ogni rata scadente durante il periodo di inattività comprovato successivo al periodo di franchigia di 60 giorni, l'indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del finanziamento al momento del sinistro. 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.

Rimborso bollette (RBU) (Energia - Gas- Telefono fisso o, se Mobile, a contratto) Qualora venga indennizzata una delle seguenti garanzie Assicurate, verrà riconosciuto all'Assicurato il rimborso delle Bollette di Energia, Gas e Telefoniche, col massimo di n. 2 bimestri di bollette e con un importo massimo di **€ 200,00** sulla base della presentazione di bollette scadute nel periodo che ha determinato l'indennizzo di : Inabilità Temporanea Totale; Ricovero Ospedaliero ; Perdita Involontaria d'Impiego.

ART.3 REQUISITI DI ASSICURABILITA' Sono assicurabili tutte le persone fisiche, che abbiano stipulato un Contratto di Finanziamento con la Contraente;

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

Nel caso in cui il Contratto di Finanziamento preveda anche la sottoscrizione di un soggetto in qualità di Garante, si considera assicurato il soggetto che ha sottoscritto la Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, sempre che, ricorrano le condizioni di assicurato di cui al precedente comma. 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 e la data di Perfezionamento del finanziamento, l'Assicurato dovrà darne sollecita comunicazione alla Società prima dell'erogazione al fine di espletare nuovamente le formalità di adesione previste. In ogni caso per ciascun Assicurato, l'accettazione del rischio da parte delle Società è da ritenersi confermata purché l'erogazione del finanziamento avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta di Adesione. Se l'erogazione del finanziamento fosse successiva al termine sopraindicato l'Assicurato è tenuto a ripetere le formalità di ammissione di cui al presente articolo, anche qualora non siano intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

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 Contratto di Finanziamento sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del finanziamento, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del finanziamento. La durata dell'Assicurazione, espressa in mesi interi, coincide sempre con l'originaria durata del Contratto di Finanziamento (anche in caso di successiva modifica della stessa), nel limite minimo di 6 mesi e massimo di 84 mesi. L'Assicurazione cessa in ogni caso:

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

ART.5 - DIRITTO DI RECESSO L'Assicurato ha diritto di recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla data di decorrenza della medesima ,a mezzo di lettera raccomandata AR. L'eventuale premio netto pagato verrà rimborsato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, all'Assicurato al netto di euro 50,00 per spese di rimborso.

ART.6 - LIMITI DI INDENNIZZO La prestazione assicurata è pari al debito residuo del finanziamento in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie. L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Invalità Permanente Totale: l'importo di Euro 35.000,00;
- in caso di Inabilità Temporanea Totale; Perdita Involontaria d'Impiego : Ricovero Ospedaliero: l'importo di Euro 2.000,00 mensili con il massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa;
- In caso di Rimborso Bollette : sino a n. 2 bollette col massimo di €200,00.

ART.7 - PREMIO ASSICURATIVO Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio unico, da parte della Contraente per conto dell'Assicurato, in via anticipata e in un'unica soluzione. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Assicurato.

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

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

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

Dove:

R = rimborso

PN = premio netto

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

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

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

Qualora si proceda all'estinzione anticipata di un Prestito con la contemporanea stipula di un nuovo Prestito 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 Prestito 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 del Contraente i diritti e gli obblighi, derivanti dal contratto di assicurazione, vengono trasferiti – mediante apposita appendice contrattuale . Se il Contraente 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 Prestito.

ART.9 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Perdita involontaria d'Impiego, Ricovero Ospedaliero, Rimborso Bollette Utenze: l'indennizzo sarà corrisposto all'Assicurato che dovrà utilizzare quanto ricevuto dalla Società per ridurre il debito residuo del Contratto di Finanziamento mentre terrà direttamente l'indennizzo relativo alla garanzia Rimborso Bollette Utenze.

Se dopo l'accertamento e il riconoscimento dell'indennizzo da parte della Società, l'Assicurato dovesse essere deceduto prima del pagamento, gli indennizzi verranno liquidati agli eredi legittimi o testamentari.

ART.10 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare il Modulo mod. 12PP001-SX Denuncia di Sinistro, reperibile presso la Contraente e inviarlo all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate con allegata la documentazione richiesta.

ART.11 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE.

La polizza cessa alla scadenza riportata nel Certificato di assicurazione essendo a premio unico.

ART.12 - LEGGE APPLICABILE 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 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:

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 – telefono 06 51 29 46 00 – telefax 06 51 29 46 50 - – 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'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma -

I reclami indirizzati all'ISVAP 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.**

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.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 Totale Permanente, o sulla quantificazione dei giorni della Inabilità Temporanea Totale o del Ricovero, 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 Permanente Totale 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 L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti al contratto di assicurazione fino alla completa estinzione del prestito.

ART.17 - FORO COMPETENTE Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo della Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal contratto.

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

SEZIONE A - ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA (Garanzia attiva per tutti gli Assicurati)

ART.18 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Invalidità Permanente Totale, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.19 "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 12 mesi dalla data del sinistro da Infortunio o da Malattia che l'ha provocata ;
- la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato dell'indennizzo di cui al successivo Art. 19 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 20 "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.19 - INDENNIZZO L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato 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 al debito residuo in linea capitale che l'Assicurato deve all'Ente erogante il Finanziamento.

- 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, così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del Contratto di Finanziamento, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data, degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e spese accessorie. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'infortunio o la data della diagnosi della Malattia che hanno provocato l'invalidità Permanente Totale e la data di liquidazione del relativo indennizzo, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. Eventuali Indennizzi già corrisposti a titolo di Inabilità Temporanea Totale o per Ricovero Ospedaliero, nel periodo intercorrente tra la data del Sinistro e la data della relazione medica che attesti l'Invalidità Permanente Totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'invalidità Permanente Totale.

L'Indennizzo sarà pagato nel limite del massimale di Euro 35,000,00, relativamente al contratto di Finanziamento stipulato dall'Assicurato. 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 ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovuto dallo stesso.

ART.20 - ESCLUSIONI Sono esclusi dall'oggetto della Copertura 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 in genere,
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato,
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o 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 di Adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art.3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART.21 - 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;
- certificato medico attestante la causa patologica del decesso, in caso di morte dell'Assicurato a seguito degli eventi garantiti ed eventuali pregressi fatti morbosi ad essa connessi;
- dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del finanziamento;
- ogni documentazione inerente il Sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta.

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 B - ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(Garanzia attiva per i Lavoratori autonomi)

ART.22 - 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.23 "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 della polizza;
- l Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art 24 "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.23 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato 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 rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento.

L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione al Contratto di Finanziamento stipulato tra l'Assicurato e la Contraente e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00.

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 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 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 ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dovuto dallo stesso.

ART.24 - ESCLUSIONI Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Inabilità Temporanea Totale se, al momento del Sinistro, l'Assicurato é Non Lavoratore. Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di Inabilità Temporanea Totale causata 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 etilismo, 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.25 - 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 la rata mensile di ammortamento del finanziamento;

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.26 - 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 causata da Infortunio o Malattia se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 30 giorni, oppure di 180 giorni se il nuovo Sinistro è dovuto allo stesso Infortunio o Malattia del Sinistro precedente. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Inabilità Temporanea Totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

SEZIONE C - ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO (Garanzia attiva per i Non Lavoratori)

ART.27 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.28 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro che ha determinato il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4 "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 della polizza;
- 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 all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro in relazione al Contratto di Finanziamento stipulato tra l'Assicurato e la Contraente e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00. 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 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Ricovero è l'Assicurato, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Finanziamento dello stesso.

ART.29 - ESCLUSIONI La garanzia Ricovero Ospedaliero non è operante nei seguenti casi:

- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;
- 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:

- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;
- alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;
- cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- 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;
- le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- le degenze in Case di Riposo, di Convalescenza, di Soggiorno Cronicari o in stabilimenti o centri di Cure Termali, Idroterapici, Fitoterapici, Dietologi o del benessere;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei;
- 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.);

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 certificato del Pronto Soccorso (per infortunio);
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;
- dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del finanziamento;
- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- Attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;
- dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del finanziamento;

Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché 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 di Assicurazione 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 Ricovero Ospedaliero, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero causato da Infortunio o Malattia se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 30 giorni, oppure di 120 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 alla Copertura di Ricoveri Ospedalieri cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

SEZIONE D - ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

(Garanzia attiva per i Lavoratori Dipendenti)

ART.32 - OGGETTO DELLA COPERTURA Nel caso di Disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo 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;
- 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 all'Assicurato in base alla Copertura per caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato all'ente erogatore del Finanziamento secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Finanziamento. L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione al Contratto di Finanziamento stipulato tra l'Assicurato e la Contraente e per la durata dello stesso massimale mensile di euro 2.000,00. 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 pari a 60 giorni consecutivi di Disoccupazione. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni, ulteriore periodo 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di 12 indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 24 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 Contratto di Finanziamento dovuto dallo stesso.

ART.34 - ESCLUSIONI Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Pensionato. Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso 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;
- 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 è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
- l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall'Art 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" della presente Polizza.

ART.35 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.33 "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;
- 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;

- Attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore.
- dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del finanziamento;

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 iniziale 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 24 indennizzi mensili.

SEZIONE E - ASSICURAZIONE PER RIMBORSO BOLLETTE UTENZE (Energia - Gas- Telefono fisso o, se mobile, a contratto)

(Garanzia attiva per tutti)

ART.37 - OGGETTO DELLA COPERTURA E RIMBORSO Verrà riconosciuto all'Assicurato un rimborso delle Bollette di Energia, Gas e Telefoniche di telefono fisso o, se mobile, a contratto, col massimo di n. 2 bimestri di bollette con un importo massimo complessivo di € 200,00 sulla base della presentazione di bollette scadute nel periodo che ha determinato l'indennizzo a termini della presente polizza per le seguenti garanzie prestate dalla presente polizza: Inabilità Temporanea Totale; Ricovero Ospedaliero; Perdita Involontaria di Impiego.

ART.38 - ESCLUSIONI Nessun rimborso sarà dovuto dalla Società se non è stato posto ad indennizzo un sinistro per le altre garanzie previste dall'Art.37 della presente polizza. Inoltre le bollette dovranno risultare intestate all'Assicurato. Restano escluse le utenze se intestate a familiari dell'Assicurato anche se riguardanti la residenza dello stesso.

ART.39 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.37 OGGETTO DELLA COPERTURA E RIMBORSO, l'Assicurato deve allegare al modulo, di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" la seguente documentazione:

- originali delle bollette scadute nel periodo che ha originato l'indennizzo delle altre garanzie previste dall'Art.37 della presente polizza intestate e non pagate nei termini di scadenza (che poi verranno restituite mentre la Società di Assicurazione tratterà una copia).

ART.40 -DENUNCE SUCCESSIVE Dopo la liquidazione di un Sinistro per Rimborso Bollette Utenze, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione pari a quello della garanzia che ha determinato il rimborso delle Bollette. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Rimborso Bollette Utenze cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale previsto.