



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

SALVAREDDITO

PLUS

Polizza multirischi per il capo famiglia

Infortunati-Malattia, Perdita Impiego, Incendio ed Eventi Naturali

Mod. 001.2010.SRP

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.

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

La presente Nota Informativa è aggiornata al 30.11.2010

la presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

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 7.400.000 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 2009, considerando gli effetti dell'aumento di capitale sociale di 3 milioni di Euro, deliberato a dicembre 2009 e sottoscritto nel corso del 2010)

CF Assicurazioni S.p.A. ha:

- un patrimonio netto pari a 5,65 milioni di Euro, di cui la parte relativa al Capitale Sociale ammonta a 5,60 milioni di euro e il totale delle Riserve patrimoniali ammonta a 0,05 milioni di euro.
- un indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, pari a 1,7 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 SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto è annuale con tacito rinnovo oppure di durata triennale o quinquennale senza Tacito rinnovo. Anche se il contratto fosse stipulato per una durata poliennale, è facoltà delle parti recedere ad ogni scadenza annuale dell'Assicurazione senza oneri aggiuntivi per il Contraente/Assicurato con lettera raccomandata da inoltrarsi almeno 30 giorni prima di ogni scadenza annuale. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.35 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 3- coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

GARANZIE PRESTATE:

- A) Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia;
- B) Perdita Involontaria d'Impiego.
- C) Incendio e Inagibilità dei Locali.

Per maggiori dettagli si rinvia agli Art.1 e 2 delle Condizioni di Assicurazioni.

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 art. 10 e15 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di franchigie, scoperti e minimi. Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli Articoli 7,12 e 17 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.

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

Nella garanzia Perdita di Impiego è presente una franchigia di 30 giorni. Ovvero verranno indennizzati i giorni di disoccupazione dopo i primi 30 giorni di inabilità stessa sino ad un massimo di 12 mesi

Nella garanzia Incendio uno scoperto del 20% del danno indennizzabile con il minimo di Euro 200,00 nelle estensioni Eventi atmosferici.

Esempio di franchigia in giorni.

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

Esempio di scoperto e minimo.

Danno da Evento Atmosferico: Danni periziati: €. 3.000,00	Scoperto 20%= minimo 200,00	Importo liquidabile
	Scoperto 60,00, minimo 200,00	3.000,00-200,00= 2.800,00

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.7, e 12 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 garanzie Invalidità Permanente Totale e Perdita Involontaria di Impiego è presente una carenza di 60 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 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.

Articolo 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ESEMPIO di circostanza rilevante che determina l'aggravamento del rischio:

L'apertura di un deposito di infiammabili a distanza inferiore di 20 metri dal rischio assicurato è considerato un aggravamento del rischio che deve essere comunicato.

Articolo 7 - Premi

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il frazionamento è unico o annuale.

AVVERTENZA: La polizza non prevede sconti.

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

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 - Diritto di recesso.

AVVERTENZA: Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Articolo 10 – 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 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. Mentre quelli per l'incendio sono soggetti ad imposta del 22,5%.

Detraibilità fiscale dei premi

Relativamente ai Premi della garanzia Invalidità Permanente da infortunio, se quest'ultima prevede almeno il 5% di franchigia, 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.

Articolo 14 - Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

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

La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri si rinvia per i dettagli agli artt. 6, 10 e 15 delle Condizioni di Assicurazione.

Con riferimento alle modalità delle procedure liquidative si rinvia per i dettagli agli artt. 5, 8, 13, 18 e 26 delle Condizioni di Assicurazione.

Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

In caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dagli artt. 8, 13 e 18 delle 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.

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'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.**

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP 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

Articolo 16 – Arbitrato

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

Relativamente alla Garanzia Incendio, in caso di controversia tra le parti, l'ammontare del danno indennizzabile può essere demandato, su concorde volontà delle Parti, ad arbitrato irrituale composto da due Periti nominati uno dalla Società ed uno l'Assicurato con apposito atto unico.

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

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

GLOSSARIO

Definizioni

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

Beneficiario: L'Assicurato per le Garanzia Invalidità Permanente Totale e Perdita Involontaria d'Impiego.

Carenza: 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 Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Copertura Assicurativa: la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia 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 primo giorno del mese successivo in cui l'Assicurato sottoscrive il Certificato di Adesione 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 negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali e percepisca una indennità derivante;
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro irragionevolmente.

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

Incendio: la combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può autoestendersi e propagarsi.

Incendio Contenuto abitazioni: Tutto quanto contenuto nell'abitazione in locali intercomunicanti destinato ad uso personale e/o domestico. Sono esclusi: denaro e carte valori in genere, veicoli a motore e loro parti e le cose che costituiscono oggetti di attività professionali esercitate dall'Assicurato e suoi conviventi nei locali assicurati.

Incombustibili: le sostanze e i prodotti che alla temperatura di 750° C non danno luogo a manifestazioni di fiamma né a reazione esotermica. Il metodo di prova è quello adottato dal Centro Studi Esperienze del Ministero dell'Interno.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia, in base alle coperture assicurative di cui alla presente polizza a seguito del verificarsi di un sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa; gli avvelenamenti acuti da

ingestione o da assorbimento di sostanze; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Permanente Totale: La perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria attività professionale, sempre che il suddetto evento abbia comportato la cessazione di ogni tipo di attività lavorativa se l'assicurato, al momento del verificarsi dell'evento che determina l'invalidità (data dell' infortunio o data di denuncia della malattia), è lavoratore autonomo o dipendente. Viceversa, nel caso in cui l'assicurato al momento del verificarsi dell'evento che determina l'invalidità (data dell'infortunio o data di denuncia della malattia), non è lavoratore, l'invalidità sarà riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato sia pari o superiore al 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 Compagnia può stabilire la data di sinistro secondo l'evidenza medica comprovata.

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.

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 dell'azienda che generi lo stato di Disoccupazione.

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

Periodo di Riqualficazione: 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, 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.

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

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

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

Proposta di Adesione: la proposta del Cedente alla Società di prestare la copertura assicurativa secondo i termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

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

Società: la 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 Mordini



SALVAREDDITO

PLUS

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

- A) **Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia;**
- B) **Perdita Involontaria d'Impiego.**
- C) **Incendio e Inagibilità dei Locali.** (garanzia sempre operante)

Le garanzie sono prestate dalla Compagnia in base alle comunicazioni ed alle dichiarazioni degli Assicurati. Le garanzie Infortuni e Malattia sono valide senza limiti territoriali, ma la garanzia Invalidità Permanente Totale, deve 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.

Per la garanzia Incendio l'abitazione deve essere ubicata nello Stato Italiano.

ART.2 - PRESTAZIONI

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

Per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti.

Perdita Involontaria d'Impiego (PII): la Società corrisponde una Indennità Mensile nel periodo di inattività comprovato di mese in mese, successivo al Periodo di carenza di 60 giorni, pari al 60% della Indennità di disoccupazione massima prevista INPS (€ . 1.031,93-anno 2008) con il massimo del 40% della media della retribuzione lorda degli ultimi 3 mesi presa a riferimento per il calcolo della stessa Indennità di disoccupazione INPS, comunque con il massimo di 600 euro. Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data del sopravvenire dello stato di Disoccupazione dell'Assicurato per i casi previsti. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine della disoccupazione o al termine del massimo previsto per indennizzo o comunque al momento del raggiungimento del diritto all'indennità di pensionamento dell'Assicurato.

Incendio e Inagibilità dei Locali: la Compagnia indennizza:

A) I danni materiali direttamente causati al Contenuto dell'abitazione dell'Assicurato da:

- Incendio;
- Fulmine;
- Esplosione e scoppio non causati da ordigni esplosivi;
- Caduta di aeromobili, loro parti o cose trasportate;

B) Inoltre i seguenti danni causati da:

- Correnti, scariche o altri fenomeni elettrici,
- Eventi atmosferici e tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti vandalici o dolosi di terzi.

C) Danni Indiretti: inagibilità Locali

Sarà corrisposta l'indennità mensile assicurata per ogni mese di inagibilità della dimora a seguito di eventi incendio garantiti dalle precedenti lettere A) e B).

ART.3 REQUISITI D' ASSICURABILITA'

Per Infortuni, Malattia e Perdita involontaria di impiego, sono assicurabili tutte le persone fisiche,

- di età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza;
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di buono stato di salute contenuta nello stesso.
- che sia dipendente a tempo indeterminato al momento dell'evento con almeno 3 anni di anzianità presso la stessa azienda;

Per la garanzia Incendio che l'ubicazione sia:

- nello Stato Italiano ;
- la dimora abituale dell'Assicurato;

e che il fabbricato di cui fa parte, sia realizzato in materiali incombustibili e adibito nella sua totalità per almeno 2/3 della superficie complessiva dei piani, ad abitazioni, uffici e studi professionali; non contenga industrie, cinematografi, teatri, discoteche o grandi empori, depositi agricoli;

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia 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 Compagnia e sottoscritte nella scheda di polizza devono corrispondere a verità ed esattezza. Anche se non espressamente prevista dalla formalità di ammissione alle Garanzie Assicurate, 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.

ART.4 - LIMITI D' INDENNIZZO

L'indennizzo sarà pari a:

- per il caso di Invalidità Permanente Totale, a 60 volte l'indennità Mensile assicurata e indicata nella scheda di polizza;
- per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego pari a 12 mensilità;
- in caso di Incendio e Inagibilità dei Locali, per i danni previsti ai punti A e B dell'art. 2, l'importo pari al danno periziato entro il limite della Somma Assicurata indicata nella scheda di polizza;
- per il caso di Incendio e Inagibilità dei Locali per i danni previsti al punto C dell'art. 2, a 4 volte l'indennità mensile assicurata e indicata nella scheda di polizza.

ART.5 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Invalidità Permanente Totale: l'indennizzo sarà pagato nel limite della Somma Assicurata mediante pagamenti annuali pari ad 1/5 della Somma Assicurata. Il primo indennizzo sarà corrisposto alla data di definizione del sinistro stesso e le altre 4 annualità, a cadenza annuale, dalla data del primo pagamento.

Perdita Involontaria d'Impiego: l'indennizzo sarà pagato ogni mese di durata del Sinistro Per ogni sinistro, il primo indennizzo pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 60 giorni dall'effetto della polizza a titolo di carenza. Il primo indennizzo sarà liquidato dopo 3 mesi continuativi di disoccupazione trascorso il periodo di carenza, e sarà indennizzato per 2 mesi. 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 per ciascun Sinistro è di 12 indennizzi mensili per ciascun sinistro e per anno assicurativo.

Incendio e Inagibilità dei Locali:

l'indennizzo per i danni previsti ai punti A e B dell'art. 2, sarà pagato in unica soluzione alla data della definizione del sinistro stesso;

l'indennizzo per i danni previsti al punto C dell'art. 2, sarà pagato mediante pagamenti mensili pari ad 1/4 della Somma assicurata. Il primo indennizzo sarà corrisposto alla data di definizione del sinistro stesso e le altre 3, a cadenza mensile, dalla data del primo pagamento.

ART.6 - DENUNCIA SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il Contraente o l'Assicurato devono:

a) entro 3 giorni dalla data del sinistro, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;

b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi;

c) far pervenire tempestivamente notule, ricevute, fatture, quietanze, ed altri documenti, atti a dimostrare l'entità delle spese effettivamente sostenute per le quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo utilizzando anche il mod. messo a disposizione dalla Società stessa e consegnato congiuntamente alla scheda di polizza o reperibile presso la Società stessa

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE SEZIONE A

ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

ART.7- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Permanente Totale, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.8 qualora:

- l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi dell' Art 30.
- l'Invalidità Permanente Totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del sinistro da Infortunio o da Malattia che l'ha provocata sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza per malattia di 60 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- la Compagnia abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennizzo di cui al successivo Art. 8.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 9 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 9 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.8 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, l'indennizzo sarà pagato nel limite della Somma Assicurata mediante pagamenti annuali pari ad 1/5 della Somma Assicurata. Il primo indennizzo sarà corrisposto alla data di definizione del sinistro stesso e le altre 4 annualità, a cadenza annuale, dalla data del primo pagamento.

ART.9 - 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.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART.10- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare 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;

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

ART.11 – CONTROVERSIE - ARBITRATO

Qualora tra l'Assicurato e la Compagnia insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia oppure sul grado di Invalidità Permanente 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.

SEZIONE B

ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

(garanzia operante se richiamata nella scheda di polizza)

ART.12- OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione a seguito di licenziamento, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art .13 "INDENNIZZO" qualora:

- si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della copertura .
- la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie .
- Il sinistro non rientri nelle successive esclusioni di cui al successivo Art.14 "ESCLUSIONI";
- L' Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI" e sia iscritto alla Cassa disoccupazione Inps e percepisca il relativo assegno.

ART.13 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere alla Contraente in base alla Copertura per il caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro , di una somma pari al 60% della Indennità di disoccupazione massima prevista INPS (€ . 1.031,93-anno 2008) con il massimo del 40% della media della retribuzione netta degli ultimi 3 mesi presa a riferimento per il calcolo della stessa Indennità di disoccupazione INPS, comunque con il massimo di 600 euro. Per ogni sinistro, il primo Indennizzo pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se siano trascorsi 60 giorni dall'effetto della polizza a titolo di carenza. Il primo indennizzo sarà liquidato dopo 3 mesi continuativi di disoccupazione trascorso il periodo di carenza, e sarà indennizzato per 2 mesi. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni, ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Compagnia di Assicurazione è obbligata ad effettuare per ciascun Sinistro è di 12 indennizzi mensili per ciascun sinistro e per anno assicurativo. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Disoccupazione è l'Assicurato, in caso di decesso dello stesso i beneficiari saranno gli aventi diritto.

ART.14 – ESCLUSIONI

Nessun indennizzo è dovuto dalla Compagnia per il caso di Disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato fosse Lavoratore Autonomo o Pensionato. Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Compagnia per i caso di Disoccupazione se:

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente a Tempo indeterminato in modo continuativo per i 36 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.
- L'impresa della quale dipendeva non aveva alla data della decorrenza della polizza almeno 20 dipendenti;
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico Inps con lo status di disoccupato in Italia e ne percepisca il relativo assegno.
- alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita e la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Collaboratori Coordinatori Continuativi);
- l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di Adesione, non presentava i Requisiti di Assicurabilità previsti dall' Art 3 "REQUISITI DI ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART.15 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro ai sensi del precedente Art.14 "INDENNIZZO", l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- atto attestante il numero dei dipendenti dell'impresa da cui dipendeva;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia ;
- l'attestazione del ricevimento e dell'importo delle indennità di Disoccupazione.
- L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia 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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa.

ART.16 - 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 60 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.

SEZIONE C

INCENDIO E INAGIBILITA' DEI LOCALI

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 17- Oggetto dell'assicurazione

La Società indennizza:

A) i danni materiali direttamente causati al Contenuto dell'abitazione dell'Assicurato da:

- incendio;

- fulmine;
- esplosione e scoppio non causati da ordigni esplosivi;
- caduta di aeromobili, loro parti o cose trasportate;

B) i seguenti danni ulteriori causati da:

- correnti, scariche o altri fenomeni elettrici, con il massimo di € 1.000,00, per anno, con applicazione di una franchigia fissa di € 75,00 per evento;
- uragano, bufera, tempesta, vento o cose da esso trascinate, tromba d'aria, grandine, quando detti eventi atmosferici siano caratterizzati da violenza riscontrabile dagli effetti prodotti su una pluralità di enti, assicurati o non. Tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti vandalici o dolosi (di terzi). Le garanzie sono prestate con applicazione di uno scoperto del 20% del danno indennizzabile con il minimo di Euro 200,00.

C) Inoltre, quando a seguito di uno degli eventi alle precedenti prestazioni A) e B), l'Assicurato deve, per obiettive ragioni d'inagibilità, lasciare la propria abitazione, la Società provvede a corrispondere allo stesso una indennità mensile, sino ad un massimo di 4 mensilità per anno.

ART. 18 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Compagnia è obbligata a corrispondere:

- per i punti A) e B) previsti dall'art. 17, sarà pari al danno periziato entro il limite della somma Assicurata e verrà corrisposta in un'unica soluzione alla data di definizione del sinistro stesso;
- per il punto C) previsto dall'art. 17, sarà pagato nel limite della Somma Assicurata mediante pagamenti mensili pari alla indennità mensile assicurata. Il Primo indennizzo sarà corrisposto alla data di definizione del sinistro stesso e le altre tre, a cadenza mensile, dalla data del primo pagamento, Il Beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato stesso.

ART. 19 - ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni:

- causati da atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione;
- causati da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure causati da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- causati con dolo o con colpa grave del Contraente, dei rappresentanti legali o dei Soci a responsabilità illimitata;
- causati da terremoti, maremoti, tsunami, eruzioni vulcaniche
- subiti da enti non rientranti nella nozione di "contenuto" come specificato nelle "definizioni;
- indiretti, quali cambiamenti di costruzione, mancanza di locazione, di godimento o di reddito commerciale od industriale, sospensione di lavoro o qualsiasi danno che non riguardi la materialità del fabbricato assicurato, salvo quanto previsto dall'Art.18 lettera C).
- da imbrattamento di contenuto o fabbricati;
- alla macchina o all'impianto nel quale si sia verificato uno scoppio se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetti di materiale.

ART. 20 – ISPEZIONE DELLE COSE ASSICURATE

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornirle tutte le occorrenti indicazioni e informazioni.

ART. 21 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO INCENDIO

Oltre a quanto già previsto dall'Art.6 delle presenti Condizioni Generali, l'Assicurato è tenuto altresì a:

- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno; le relative spese sono a carico della Società secondo quanto previsto dalla legge ai sensi dell'art. 1914 c.c..
- fare, nei cinque giorni successivi, dichiarazione scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo, precisando, in particolare, il momento dell'inizio del sinistro, la causa presunta del sinistro e l'entità approssimativa del danno. Copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa alla Società.
- conservare le tracce ed i residui del sinistro fino a liquidazione del danno senza avere per questo, diritto ad indennità alcuna.
- dare dimostrazione della qualità, quantità e valore delle cose assicurate al momento del sinistro, oltreché della realtà e dell'entità dei danni, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento che possa essere richiesto dalla Società o dai Periti ai fini delle loro indagini e verifiche.
- comunicare alla Società l'eventuale esistenza di altre coperture assicurative riguardanti il contenuto assicurato.

ART. 22 - COESISTENZA DI PIU' ASSICURAZIONI

Nel caso in cui per il medesimo rischio siano state contratte più assicurazioni presso diversi assicuratori, la Società provvederà alla liquidazione dell'intero indennizzo, come determinato dalle Condizioni di

Assicurazione, fatto salvo il suo diritto di regresso verso gli altri assicuratori per la ripartizione proporzionale del danno ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

ART. 23 – ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

l'Assicurato che:

- esagera dolosamente l'ammontare del danno;
 - dichiara distrutte cose che non esistevano al momento del sinistro;
 - occulta, sottrae o manomette cose salvate;
 - adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti;
 - altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o ne facilita il progresso;
- perde il diritto all'indennizzo.

ART. 24 - PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da persona da questa incaricata, con il Contraente o l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversia tra le parti, l'ammontare del danno indennizzabile può essere demandato, su concorde volontà delle Parti, ad arbitrato irrituale composto da due Periti nominati uno dalla Società ed uno l'Assicurato con apposito atto unico.

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

ART. 25 – MANDATO DEI PERITI

I Periti devono:

- a) indagare su circostanze, natura, causa e modalità del sinistro;
- b) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- c) verificare se il Contraente o l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui agli art.6 e 21 ;
- d) verificare l'esistenza, la qualità, la quantità ed il valore che le cose assicurate avevano al momento del sinistro secondo i criteri di valutazione di cui all'art. 24;
- e) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno comprese le spese di salvataggio demolizione e sgombero.

Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata a mezzo arbitrato irrituale, i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, (con allegate le stime dettagliate), da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

I risultati delle operazioni di cui alle lettere d) ed e) sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza, nonché di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscrivere; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

ART. 26 - DETERMINAZIONE DEL DANNO INDENNIZZABILE

Si stima la spesa necessaria per sostituire le cose distrutte con altre cose uguali o equivalenti per qualità e prestazioni o le spese per riparare le cose danneggiate, al netto del valore dei residui.

L'assicurazione si intende prestata a primo rischio assoluto e pertanto non si intende operante l'art. 1907 del Codice Civile.

Le spese di demolizione e di sgombero dei residui del sinistro e le spese di salvataggio devono essere tenute separate dalle stime di cui sopra.

ART. 27 – VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per gli immobili ubicati in Italia, nello Stato del Vaticano e nella repubblica di S. Marino.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 28 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 CC. .

ART. 29 - Altre assicurazioni

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

ART. 30 – Decorrenza dell'Assicurazione e Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. i premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.**

ART. 31 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 32 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c. (tranne per quanto previsto dall' art. 18)

ART. 33 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 34 - Recesso in caso di sinistro.

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

ART. 35 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita al meno 30 giorni prima della scadenza da una delle parti contrattuali, la polizza è prorogata per un anno. Qualora la polizza abbia durata poliennale con pagamento in unica soluzione, la polizza decade automaticamente senza tacito rinnovo.

ART. 36 - Oneri fiscali

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

ART. 37- Rinvio alle norme di legge Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.