



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Credit Protection

TUTELA MUTUO TC

Mod. 014.2011.CPIMTC

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

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

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

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

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

Capitale sociale: € 23.000.000,00 i.v. - C.F./P.IVA: 09395811004 - REA CCIAA Roma n. 1160328 - Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00158 - Autorizzazione all'esercizio della attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 - G.U. n. 195 23/08/2007 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A. iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042



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

La presente nota informativa è aggiornata al 01.01.2014

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Articolo 1- INFORMAZIONI GENERALI

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com
Capitale sociale 23.000.000 i.v. - C.F./P.IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. 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 può essere di un anno con tacito rinnovo, oppure per tre, cinque o dieci anni con pagamento in unica soluzione e senza 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.

GARANZIE PRESTATE:

Per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti:

- A) **Invalità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita IPT)
- B) **Inabilità Temporanea Totale al lavoro** da Infortunio o malattia (in seguito definita ITT)

Per Lavoratori Dipendenti:

- A) **Invalità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita IPT)
- B) **Perdita Involontaria d'Impiego** (in seguito definita PII)

Per Non Lavoratori

- A) **Invalità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita IPT)

AVVERTENZA: Il contratto prevede limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio, agli articoli 21 , 25, 28 e 30 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 Invalità Permanente totale non è presente alcuna franchigia in quanto corrisposta solo se totale come definito nelle Condizioni di Assicurazione.

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

Esempio:

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

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

Per la garanzia Inabilità Permanente totale, il massimo indennizzo è stabilito in base alla rata del mutuo con il limite di Euro 2.000,00 mensili e il massimo di 24 mensilità per sinistro e per l'intera durata della polizza.

Per la garanzia di inabilità Temporanea Totale, il massimo indennizzo è stabilito in base alla rata del mutuo con il limite di Euro 2.000,00 mensili e comunque con il massimo di 12 mensilità per sinistro e 36 indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.

Per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego, il massimo indennizzo è stabilito in Euro 2.000 mensili con il massimo di :

- a) 12 rate per sinistro e per la durata della polizza se l'Assicurato è dipendente con rapporto continuativo di lavoro a tempo indeterminato da almeno 1 anno ;
- b) 12 rate per sinistro e 24 rate per la durata della polizza se con rapporto continuativo di lavoro da più di 2 anni ;
- Se il sinistro accade nel primo anno di durata della polizza l'indennizzo sarà corrisposto al 50% dell'importo liquidabile.

Nel caso di presenza di due Assicurati , come risultante dalla scheda di polizza, i limiti di indennizzo saranno pari al 50% degli importi predetti, per ciascun assicurato. La garanzia PII non opera se alla data del sinistro l'Assicurato non abbia maturato almeno 48 mesi di rapporto continuativo a Tempo Indeterminato presso lo stesso datore di lavoro. In luogo della stessa, in tale periodo di validità della polizza opera a favore dell'Assicurato la Garanzia Inabilità Temporanea Totale anche se egli sia Lavoratore Dipendente.

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.

Articolo 4 – Periodo di carenza

Ai sensi degli Artt.21, 24 e 29 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 è presente una carenza di 60 giorni per entrambe le garanzie Infortuni e Malattia;

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

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

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

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

Non è prevista la compilazione di un questionario sanitario.

Articolo 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio

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

Articolo 7 -Premi

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio annuale su polizza di durata un anno o con premio in unica soluzione su polizza di durata poliennale, da parte dell'Assicurato, in via anticipata per 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 45%. Oltre a 200 Euro medie per spese di emissione.

Esempio di commissione percepita dall'Intermediario:

Premio unico decennale lordo	Premio netto unico decennale corrispondente (-spese di emissione 55,00 e imposte 2,5%)	erogata Commissione = 45% del Premio netto
3.280,00	2.956,10	1.330,24

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 garanzie 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 Mutuo con la contemporanea stipula di un nuovo Mutuo 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 100,00 Euro per spese di rimborso. In questo caso la Società comunicherà il recesso all'Ente erogatore del Mutuo.

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 Mutuo, 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.5 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.

In particolare, ai sensi della legge 124/2013, relativamente ad ogni periodo di imposta (normalmente coincidente con l'anno solare) a fronte dei premi relativi alle Assicurazioni infortuni versati in tale periodo, è attualmente consentita una detrazione fino ad un importo massimo di 530,00 euro.

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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

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

Con riferimento alle modalità e termini per la denuncia dei sinistri e alle procedure liquidative si rinvia per i dettagli agli artt. 6, 9,10,20,22, 24,26, 29, e 31 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 14-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo

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

Articolo 15. Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Viale Erminio Spalla n. 9, 00142 Roma

I reclami dovranno contenere:

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

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

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

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

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

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

Articolo 16.Arbitrato

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

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

Assicurato/i: Il mutuatario persona/e fisica che ha/hanno stipulato un Contratto di Mutuo e che aderisce alla presente polizza il cui interesse è protetto dall'assicurazione

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

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

Contraente: il soggetto che sottoscrive la presente polizza, può coincidere con l'Assicurato/i.

Contratto di Mutuo: il Contratto con il quale è stato erogato il prestito all'Assicurato/i per una somma predefinita che dovrà essere restituita dall'Assicurato/i secondo un piano di ammortamento stabilito, della durata massima di 40 anni. La durata a cui si riferiscono le coperture assicurative oggetto della presente polizza è indicata nella Proposta di Adesione e nel Certificato di Assicurazione e comunque con durata massima di 10 anni.

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

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

Decorrenza: le coperture assicurative decorrono dalle ore 24,00 del giorno in cui l'Assicurato sottoscrive la Proposta Assicurativa a condizione che il premio sia stato pagato e sempre che il Contratto di Mutuo sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Mutuo altrimenti, l'assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del Mutuo.

Debito residuo: quanto residua, ad estinzione del Mutuo in linea capitale, 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 attività.
- sia iscritto presso il Centro per l'impiego (o nelle liste di collocamento o equivalente con status di disoccupato in Italia) o percepisca un'indennità derivante da trattamento di mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria ;
- risulti privo di lavoro o comunque non impiegato in qualunque altra occupazione che generi un reddito o un guadagno
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro irragionevolmente.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da: Proposta, informative contratti e privacy, Condizioni di Assicurazione, mod.7A e 7B, questionario di adeguatezza.

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle coperture assicurative di cui alla presente polizza. L'importo della somma assicurata è destinato, a seconda della garanzia attivata, alla riduzione o all'estinzione del debito residuo del Contratto di Mutuo.

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

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

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

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

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

Parti: Contraente, Assicurato, Società.

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

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

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

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

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.

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

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

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

Società: CF Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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



TUTELA MUTUO TC

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

Per Lavoratori Autonomi e Liberi Professionisti:

- **Invalidità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita IPT)
- **Inabilità Temporanea Totale al lavoro** da Infortunio o malattia (in seguito definita ITT)

Per Lavoratori Dipendenti:

- **Invalidità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita IPT)
- **Perdita Involontaria d'Impiego** (in seguito definita PII)

Per Non Lavoratori

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

ART.2 - PRESTAZIONI

Invalidità Permanente Totale (IPT) : l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Mutuo. 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. **Periodo di carenza di 60 giorni in caso di malattia.**

Inabilità Temporanea Totale (ITT): per ciascuna rata scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato successivo **al periodo di carenza di 60 giorni e della franchigia di 60 giorni**, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Mutuo a. L'indennizzo sarà corrisposto per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi successivi se perdura la Inabilità Temporanea Totale. **Opererà un periodo di franchigia di 60 giorni dalla data di ripresa dell'attività lavorativa, tale nuovo periodo di franchigia verrà applicato soltanto nel caso di nuova Inabilità Temporanea Totale insorta per causa diversa dalla precedente.** Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'inabilità Temporanea Totale. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine dello stato di Inabilità Temporanea Totale.

Perdita Involontaria d'Impiego (PII): per ciascuna rata scadente durante il periodo di inattività comprovato, successivo **al Periodo di carenza di 90 giorni e della Franchigia di 60 giorni**, l'Indennizzo è pari alla rata di rimborso mensile del Mutuo. Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data del sopraggiungere 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. Operano le limitazioni di cui all'Art.6 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART.3 REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche, che abbiano stipulato un Contratto di Mutuo:

- **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 Mutuo e della polizza, **non abbiano ancora compiuto 75 anni;**
- che abbiano sottoscritto la Proposta di Adesione e la Dichiarazione di Buono stato di salute contenuta nella stessa.

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcool – stupefacenti – farmaci psicoattivi);
- infezione da HIV;
- psicosi croniche prive di causalità organica nonché quella affetta da sindrome organiche cerebrali.

Nel caso in cui il Contratto di Mutuo 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 Mutuo, 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 Mutuo avvenga entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta di Adesione. Se l'erogazione del Mutuo 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 Mutuo sia stato perfezionato e sia stata erogata la somma oggetto del Mutuo, altrimenti l'Assicurazione decorrerà dalla data di erogazione del Mutuo. La durata dell'Assicurazione, espressa in mesi interi non potrà essere superiore a 120 mesi (10 anni) pertanto potrà non coincidere con l'originaria durata del Contratto di Mutuo (anche in caso di successiva modifica della stessa). L'Assicurazione inoltre, cessa in ogni caso:

- in caso di disdetta comunicata da una delle parti a mezzo raccomandata almeno 30 gg prima di ogni scadenza di polizza;
- alla prima scadenza annuale dopo il compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione, da parte della Società di Assicurazione, nell'ambito della garanzia Invalidità Permanente Totale;
- alla data di scadenza originaria del Contratto di Mutuo se antecedente ai 10 anni massimi previsti di durata della polizza;
- in caso d' 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, indirizzata alla Contraente. L'eventuale premio netto pagato verrà rimborsato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, all'Assicurato al netto di 100,00 Euro per spese. In questo caso la Società comunicherà il recesso all'Ente erogatore del Mutuo.

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 Mutuo, trascorso il quinquennio, ad ogni scadenza annuale, con preavviso di 60 giorni, senza oneri aggiuntivi e con rimborso del premio se corrisposto in unica soluzione, nei termini previsti all'Art.8 delle Condizioni di Assicurazione.

ART.6 - LIMITI DI INDENNIZZO

L'indennizzo non potrà superare:

- in caso di Invalidità Permanente Totale: n. 24 rate di Mutuo con il limite di Euro 2.000,00 mensili, se restanti alla fine dell'estinzione del mutuo o comunque il numero restante di rate col massimo di 24 mensilità per sinistro e durata della polizza.
- in caso di inabilità Temporanea Totale: l'importo della rata di mutuo con il limite di Euro 2.000,00 mensili, con il massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.
- in caso di Perdita Involontaria d'Impiego l'importo di Euro 2.000,00 mensili con il massimo di:
- a) 12 rate per sinistro e per la durata della polizza se l'Assicurato è dipendente con rapporto continuativo di lavoro a tempo indeterminato da almeno 1 anno ;
- b) 12 rate per sinistro e 24 rate per la durata della polizza se con rapporto continuativo di lavoro da più di 2 anni ;
- Se il sinistro accade nel primo anno di durata della polizza l'indennizzo sarà corrisposto al 50% dell'importo liquidabile.

Nel caso di presenza di due Assicurati, come risultante dalla scheda di polizza, i limiti di indennizzo del secondo assicurato saranno pari alla percentuale indicata nella scheda di Proposta e Certificato, la differenza a 100% sarà a favore del Contraente primo Assicurato. In mancanza di tale indicazione il limite sarà del 50% delle Somme Assicurate.

La garanzia PII non opera se alla data del sinistro l'Assicurato non abbia maturato almeno 1 anno di rapporto continuativo a Tempo Indeterminato presso lo stesso datore di lavoro. In luogo della stessa, in tale periodo di validità della polizza opera a favore dell'Assicurato la Garanzia Inabilità Temporanea Totale anche se egli sia Lavoratore Dipendente.

ART.7 - PREMIO ASSICURATIVO

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio annuale se scelto il frazionamento annuale o di un premio unico se scelta una durata di polizza poliennale, da parte del

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

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

In caso di anticipata estinzione del Mutuo 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 Mutuo con la contemporanea stipula di un nuovo Mutuo 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 Mutuo o del Mutuatario 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 Mutuatario, i diritti e gli obblighi, derivanti dal contratto di assicurazione, vengono trasferiti – mediante apposita appendice contrattuale . Se il Mutuatario 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 mutuo.

ART.9 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Invalità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Perdita Involontaria di Impiego: l'indennizzo relativo alle rate di residuo mutuo sarà corrisposto all'Assicurato che dovrà utilizzare quanto ricevuto dalla Società per ridurre o estinguere il debito residuo del Contratto di Mutuo.

ART.10 - DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro l'Assicurato o gli aventi diritto devono compilare il Modulo Denuncia di Sinistro, reperibile presso la Società e inviarlo all'indirizzo e secondo le modalità ivi riportate con allegata la documentazione richiesta.

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

ART.11 – AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il presente contratto di assicurazione facendo riferimento ad un Mutuo non prevede aggravamento o diminuzione del rischio se non in caso di modifiche del Mutuo stesso. In tal caso l'Assicurato dovrà attenersi a quanto stabilito all'ART.8 - ANTICIPATA ESTINZIONE O SOSTITUZIONE MUTUO delle Condizioni di Assicurazioni.

ART.12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART.13 – COMUNICAZIONI

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

ART.14 - RECLAMI

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

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

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

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

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

ART.16 - CESSIONE DEI DIRITTI

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 del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal contratto.

ART.18 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

Art.19 - ASSICURAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA. OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Invalidità Permanente Totale, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.20 "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 dell'indennizzo di cui al successivo Art. 20 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 21 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.20 – INDENNIZZO

- L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari n.24 rate ciascuna delle quali comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato all'ente erogante del Mutuo secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Mutuo ove sono stati determinate le quote capitale e le quote interessi sia fissi che variabili, se restanti alla fine dell'estinzione del mutuo o comunque il numero restante di rate col massimo di 24 mensilità per sinistro e durata della polizza.

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

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

L'Indennizzo sarà pagato nel limite dei massimali indicati all'Art.6 delle presenti condizioni generali..

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 o estinguere il debito residuo all'Ente erogante il Mutuo del Contratto di Mutuo dovuto dall'Assicurato.

ART.21 – ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

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

- **invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza;**
- **partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro:**
- **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;**
- **pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei genere, partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;**
- **ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;**
- **operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da Infortunio o Malattia dell'Assicurato;**
- **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**
- **cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;**
- **delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o dai beneficiari designati;**
- **guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;**
- **infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **effetto di sieropositività HIV, AIDS;**
- **effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici**
- **connessione con l'uso o produzione di esplosivi;**
- **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato;**
- **malattie tropicali;**
- **svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;**

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

ART.22- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

- **dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del Mutuo;**

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.

Art.23 ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.24 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro da l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4 "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 60 giorni successivo alla data di decorrenza;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 25 "ESCLUSIONI" ;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

La presente garanzia opera anche a favore dei Lavoratori Dipendenti qualora la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego non operi a seguito del periodo di dipendenza a Tempo Indeterminato presso lo stesso datore di lavoro inferiore ad 1 anno.

ART.24- INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi dovuta dall'Assicurato all'ente erogante del Mutuo secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Mutuo ove sono stati determinate le quote capitale e le quote interessi sia fissi che variabili.

L'indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro, 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 36 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 Mutuo dovuto dall'Assicurato.

ART.25 - ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

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

- **conseguenze di Malattie, malformazioni, stati patologici e Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza e già diagnosticati a tale data all'Assicurato;**
- **Infortuni o Malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere dallo stesso procurato;**
- **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro:**

- pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme; scalata di roccia o ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatici bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei genere,
- partecipazione dell'Assicurato a competizioni e relative prove ed allenamenti, siano esse ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che abbiano carattere ricreativo;
- Infortuni o Malattie causati all'Assicurato da 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.26 - 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 Dipendente, Autonomo o libero Professionista;
- 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 Mutuo;

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.27 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di carenza pari a 60 giorni per inabilità Temporanea Totale, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Inabilità Temporanea Totale se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di 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 36 indennizzi mensili.

ART.28 - ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art .29 "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 di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- Il sinistro non rientri nelle successive esclusioni di cui al successivo Art.30 "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.29 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato all'ente erogante del Mutuo del prestito secondo l'originale piano di ammortamento definito dal Contratto di Mutuo ove sono stati determinate le quote capitale e le quote interessi sia fissi che variabili, L'Indennizzo non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro e in relazione al Contratto di Mutuo stipulato tra l'Assicurato e l'ente erogante del Mutuo e per la durata dello stesso massimale mensile di euro 2.000,00 con il massimo di:

- a) 12 rate per sinistro e per la durata della polizza se l'Assicurato è dipendente con rapporto continuativo di lavoro a tempo indeterminato da almeno 1 anno ;
- b) 12 rate per sinistro e 24 rate per la durata della polizza se con rapporto continuativo di lavoro da più di 2 anni ;
- Se il sinistro accade nel primo anno di durata della polizza l'indennizzo sarà corrisposto al 50% dell'importo liquidabile.

In caso di Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il periodo di carenza pari a 90 giorni e il Periodo di Franchigia Assoluta consecutivi pari a 60 giorni di Disoccupazione. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

Qualora l'Assicurato non abbia maturato almeno 1 anno di dipendenza a tempo indeterminato, opererà la Garanzia Inabilità Totale da Infortunio o Malattia (ITT), in luogo della presente garanzia.

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 Mutuo dovuto dall'Assicurato.

ART.30 – ESCLUSIONI: Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di Disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore. Non sono coperti dalla presente polizza i casi di **Disoccupazione se:**

- **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente a Tempo Indeterminato in modo continuativo di lavoro per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.**
- **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,
- 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 ASSICURABILITA'" della presente Polizza.

ART.31 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del Mutuo;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia;
- l'attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione, di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria,

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

ART.32 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante il periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un lavoratore dipendente ed abbia superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.