



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Credit Protection

CF TUTELA MUTUO

Top Line TC

Mod. 004.2016.TMTL TC

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
cfassicurazioni@pec.it
www.cfassicurazioni.com

Capitale sociale: € 33.000.000,00 i.v. - C.F./PIVA: 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



Il presente documento è aggiornato al 30.12.2015

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Articolo 1- INFORMAZIONI GENERALI

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com cfassicurazioni@pec.it, Capitale sociale 33.000.000 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 31.12.2014 - CF Assicurazioni S.p.A. ha :

- un patrimonio netto pari a 23,781 milioni di Euro, con un Capitale Sociale di 33 milioni di euro e Riserve patrimoniali pari a 0,046 milioni di euro;
- un indice di solvibilità di 7,761, riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Vengono prestate le seguenti garanzie affinché l'Assicurato possa usufruire di un indennizzo finalizzato ad estinguere o ridurre il Mutuo richiamato in proposta e nel certificato di assicurazione, qualora gli eventi assicurati dovessero determinare l'impossibilità di produrre reddito che consente di onorare il finanziamento ricevuto.

AVVERTENZA:

La durata del contratto è fissata in un periodo massimo di 10 anni iniziali e con possibilità di pagamento in unica soluzione o annuale. Alla scadenza dei primi 10 anni, sarà possibile proseguire nel contratto con rinnovi annuali o di 5 anni in 5 anni affinché la scadenza del contratto possa coincidere con la scadenza del Mutuo. Il Premio Assicurativo fissato per il primo decennio, ai rinnovi potrà essere aumentato al massimo, di un 15% (quindici per cento) in funzione delle mutate condizioni economiche alla data del rinnovo. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 3- Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto di assicurazione stipulato, nei modi e nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, garantisce all'assicurato, secondo le scelte operate e manifestate nel questionario di adeguatezza che costituisce parte integrante del fascicolo di polizza, in caso di morte da infortunio, perdita permanente o temporanea della capacità di attendere ad attività lavorative o da ricovero e grandi interventi 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: 1.1 Combinazione Prima (con Garanzia Morte da Infortunio, come da scelta risultante dalla scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione)

1.1.1 Per Lavoratori Autonomi ,Liberi Professionisti e Dipendenti Pubblici-Statali:

- A) **Morte da Infortunio** (in seguito definita **MI**)
- B) **Invalità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) **Inabilità Temporanea Totale al lavoro** da Infortunio o malattia (in seguito definita **ITT**)
- D) **Grandi Interventi** (in seguito definita **GIC**)

1.1.2 Per Lavoratori Dipendenti Privati:

- A) **Morte da Infortunio** (in seguito definita **MI**)
- B) **Invalità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) **Perdita Involontaria d'Impiego** (in seguito definita **PII**)
- D) **Grandi Interventi** (in seguito definita **GIC**)

1.1.3 Per Non Lavoratori

- A) **Morte da Infortunio** (in seguito definita **MI**)
- B) **Invalità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) **Ricovero Ospedaliero** (in seguito definita **RO**)
- D) **Grandi Interventi** (in seguito definita **GIC**)

1.2 Combinazione Seconda (Esclusa Garanzia Morte da Infortunio, come da scelta risultante dalla scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione)

1.2.1 - Per Lavoratori Autonomi ,Liberi Professionisti e Dipendenti Pubblici-Statali:

- 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**)
- C) **Grandi Interventi** (in seguito definita **GIC**)

1.2.2 Per Lavoratori Dipendenti Privati:

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

1.2.3 Per Non Lavoratori

- A) **Invalità Permanente Totale** da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- B) **Ricovero Ospedaliero** (in seguito definita **RO**)
- C) **Grandi Interventi** (in seguito definita **GIC**)

Per aspetti di dettaglio su ciascuna garanzia prestata, consultare i seguenti artt. delle Condizioni Generali di Assicurazione:

MI - Morte da Infortunio	Art.19 delle Condizioni di assicurazioni
IPT - Invalità Permanente Totale da Infortuni e Malattia	Art. 23 delle Condizioni di assicurazioni
ITT - Inabilità Temporanea Totale da Infortuni e Malattia	Art.27 delle Condizioni di assicurazioni
PII - Perdita involontaria di Impiego	Art.32 delle Condizioni di assicurazioni
RO - Ricovero da Infortuni e Malattia	Art.37 delle Condizioni di assicurazioni
GIC - Grandi Interventi Chirurgici da Infortuni e Malattia	Art.42 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 articoli 21 , 25, 29, 34 , 39 e 44 delle Condizioni di Assicurazione.

Per aspetti di maggior dettaglio sui limiti di indennizzo si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di franchigie e massimali. Per aspetti di maggior dettaglio si rimanda agli Art.6 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Sulla garanzia Morte non è applicata alcuna franchigia.

Sulla garanzia 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 sono presenti una franchigie di 30 e 60 giorni. Ovvero verranno indennizzati i giorni di Inabilità dopo i primi 30 giorni di inabilità stessa

Sulla garanzia Ricovero Ospedaliero è presente una franchigia di 7 giorni.

Esempio:

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

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

Per le garanzie di Inabilità Temporanea Totale; Perdita Involontaria d'Impiego, il massimo indennizzo è stabilito nella rata mensile di Mutuo con il massimo di 12 indennizzi mensili per sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa relativa alla prima decennalità.

Esempio

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

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

Art.4 - Periodo di carenza contrattuale.

Ai sensi degli Artt.2, 23,27, 32, 37e 42 delle Condizioni di Assicurazione, cui si rimanda per maggiori dettagli, e che regolano l'assicurazione in generale, sono previsti periodi di carenza contrattuali.

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

Sulla garanzia Morte non è applicata alcuna carenza;

Sulle garanzia Inabilità Temporanea totale e Ricovero Ospedaliero è presente una carenza di 30 giorni per la garanzia 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 Anamnestico Sanitario - Nullità

AVVERTENZA: Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e riportate nel Questionario Anamnestico Sanitario che costituisce parte integrante del Fascicolo di polizza , 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.

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

Il presente contratto di assicurazione prevede tassazioni differenziate secondo l'attività svolta dal Contraente Assicurato in quanto operano Garanzie diverse che comportano un premio diverso.

I tassi sono differenti come specificato alla precedente avvertenza. Se il Contraente-Assicurato nel corso della durata della polizza dovesse variare la sua attività professionale dichiarata alla data di decorrenza dell'Assicurazione, che comporta il cambiamento delle garanzie prestate e il relativo premio, dovrà comunicare per iscritto alla Società e all'intermediario, il cambiamento stesso e la propria volontà di adeguare la polizza.

La Società emetterà apposita appendice per inclusione o esclusione di garanzie e ricalcolerà il premio dovuto, che il Contraente dovrà sottoscrivere e corrispondere o aver rimborsato relativamente alla quota pro rata temporis derivante.

Se il Contraente Assicurato non dovesse comunicare la variazione di attività professionale, la polizza manterrà le stesse condizioni di origine, senza che la Società stessa vada ad applicare i disposto degli Artt. 1897 e 1898 del C.C. (Diminuzione – Aggravamento del Rischio)

Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 7 -Premi

Il contratto prevede il pagamento di un premio in funzione delle garanzie scelte. Il Premio è determinato e versato dal Contraente con applicazione di un tasso su una somma assicurata che deve essere pari a quella erogata in conto capitale dall' Ente finanziatore come Mutuo e che figura nel piano di ammortamento. In mancanza del rispetto di tale condizione, qualora l'importo mutuato risultante dalla scheda di proposta e certificato di Assicurazione, per la quale viene corrisposto il premio sia inferiore a quella erogata, in caso di sinistro, i vari indennizzi delle garanzie prestate, saranno sottoposti all'applicazione dell'Art.1907 del C.C.- Assicurazione Parziale.

I tassi lordi applicati alla Somma assicurata di cui alle varie combinazioni opzionabili da parte del Contraente Assicurato secondo la sua attività professionale o non, di cui al precedente capoverso **GARANZIE PRESTATE** sono:

- 1.1.1 : 0,192 per mille mensile
- 1.1.2 : 0,265 per mille mensile
- 1.1.3 : 0,192 per mille mensile
- 1.2.1 : 0,128 per mille mensile
- 1.2.2 : 0,212 per mille mensile
- 1.2.3 : 0,128 per mille mensile

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 al 6% del premio netto, per spese di emissione.

Esempio di commissione percepita dall'Intermediario:

Premio unico decennale lordo	Premio netto unico decennale corrispondente (- spese di emissione al 6% e imposte del 2,5%)	erogata Commissione = 45% del Premio netto
3.180,00	2.926,83	1.317,07

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

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI: Contanti (sino a € 750,00), assegni, bonifici, POS (da €30)

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 all'Art.8 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio di rimborso del premio pagato e non fruito.

Effetto scadenza della polizza	Premio unico decennale lordo alla decorrenza	Premio netto unico decennale corrispondente (-spese di emissione al 6% e imposte del 2,5%)
Dal 30.01.2016 al 30.01.2026 durata mesi 120	3.180,00	2.926,83
Anticipata risoluzione del mutuo al 30.06.2022	Mesi residui di polizza dal 30.06.22 al 30.01.26	43 mesi
Formula rimborso Art.8 Condizioni di Assicurazioni.	Rimborso = $(PN \times 0,85) / N \times T$ Dove: 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.	
Calcolo del rimborso	$(2.926,83 \times 0,85) / 120 \times 43 = 891,46$	

Articolo 8 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La polizza non prevede alcuna forma d'indicizzazione o adeguamenti relativamente al premio nel primo decennio di durata. Per gli eventuali rinnovi dopo la prima decennalità, potranno essere applicati revisioni del premio nella misura massima del 15% come specificato all'art.4 delle Condizioni di Assicurazione. Anche le somme assicurate non subiranno modifiche nella prima decennalità mentre potranno essere ridotte ai successivi rinnovi, in base al capitale residuo di mutuo rimanente sino alla scadenza dello stesso, su cui verranno calcolati i nuovi premi proposti.

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 60 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, come previsto dall'Art.5 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio di rimborso del premio netto a seguito di recesso a 60 giorni.

Premio unico decennale lordo	Premio netto unico decennale corrispondente (-spese di emissione al 6% e imposte del 2,5%)	Rimborso del premio netto – 100 euro per spese di rimborso
3.180,00	2.926,83	2.826,83

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.8 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 11 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

Articolo 12 -Legge applicabile al contratto

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 13- Regime fiscale

Imposta sui premi

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

Detraibilità fiscale dei premi

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

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

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.

Con riferimento alle modalità e termini per la denuncia dei sinistri e alle procedure liquidative si rinvia per i dettagli agli artt. 10, 22, 26, 30, 35,40 e 45 delle Condizioni di Assicurazione.

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 come previsto dall'Art.9 delle Condizioni di assicurazione.

Articolo 15 - Reclami

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 ma esaustiva 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, e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:

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

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

l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Articolo 16 - Arbitrato

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

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

GLOSSARIO : Definizioni

Assicurato/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 predeterminata 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.

Grande Intervento Chirurgico: interventi complessi per tecniche operatorie e intendendosi per tali quelli elencati nell'Allegato 1 delle Condizioni di Assicurazione.

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 60% 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.

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

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata 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 TOP LINE TC.

Il presente documento è aggiornato al 30.12.2015
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Finalità dell'Assicurazione.

Vengono prestate le seguenti garanzie affinché l'Assicurato possa usufruire di un indennizzo finalizzato ad estinguere o ridurre il Mutuo richiamato in proposta e nel certificato di assicurazione, qualora gli eventi assicurati dovessero determinare l'impossibilità di produrre reddito che consente di onorare il finanziamento ricevuto.

ART.1 - GARANZIE PRESTATE:

1.1 Combinazione Prima (con Garanzia Morte da Infortunio, come da scelta risultante dalla scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione)

1.1.1 Per Lavoratori Autonomi ,Liberi Professionisti e Dipendenti Pubblici-Statali:

- A) Morte da Infortunio (in seguito definita **MI**)
- B) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o malattia (in seguito definita **ITT**)
- D) Grandi Interventi (in seguito definita **GIC**)

1.1.2 Per Lavoratori Dipendenti Privati:

- A) Morte da Infortunio (in seguito definita **MI**)
- B) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) Perdita Involontaria d'Impiego (in seguito definita **PII**)
- D) Grandi Interventi (in seguito definita **GIC**)

1.1.3 Per Non Lavoratori

- A) Morte da Infortunio (in seguito definita **MI**)
- B) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- C) Ricovero Ospedaliero (in seguito definita **RO**)
- D) Grandi Interventi (in seguito definita **GIC**)

1.2 Combinazione Seconda (Esclusa Garanzia Morte da Infortunio, come da scelta risultante dalla scheda di Proposta e Certificato di Assicurazione)

1.2.1 - Per Lavoratori Autonomi ,Liberi Professionisti e Dipendenti Pubblici-Statali:

- A) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- B) Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o malattia (in seguito definita **ITT**)
- C) Grandi Interventi (in seguito definita **GIC**)

1.2.2 Per Lavoratori Dipendenti Privati:

- A) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- B) Perdita Involontaria d'Impiego (in seguito definita **PII**)
- C) Grandi Interventi (in seguito definita **GIC**)

1.2.3 Per Non Lavoratori

- A) Invalidità Permanente Totale da Infortunio o malattia (in seguito definita **IPT**)
- B) Ricovero Ospedaliero (in seguito definita **RO**)
- C) Grandi Interventi (in seguito definita **GIC**)

ART.2 - PRESTAZIONI

Morte da Infortunio (MI): (operante solo se prescelta per la combinazione nella scheda di Proposta e di Certificato di Assicurazione)

La Società corrisponde un indennizzo a seguito della morte dell'Assicurato in conseguenza di un infortunio, in parti uguali, agli eredi legittimi o testamentari anche se l'evento si verifichi entro due anni dalla data del sinistro avvenuto durante la validità della polizza, pari al debito residuo del Contratto di Mutuo in linea capitale - al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie risultante alla data del decesso

Invalidità Permanente Totale (IPT) : l'Indennizzo è pari al debito residuo sino alla scadenza dello stesso Contratto di Mutuo in linea capitale al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie alla data di riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente, per momento del Sinistro si intende la data di accadimento dell'Infortunio oppure, in caso di Malattia, la data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti. Opera una Carenza 30 giorni se l'evento è derivante da Malattia.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): (operante solo se prescelta per la combinazione nella scheda di Proposta e di Certificato di Assicurazione)

Sarà corrisposto un Indennizzo per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale comprovato, per ciascuna rata scadente e successivo al periodo di carenza di 30 giorni per malattia e della franchigia di 30 giorni, di importo pari alla rata di rimborso mensile del Mutuo al momento del sinistro, aumentata del 10% a titolo di rimborso spese indirette, con il massimo di 2.000 euro. 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): (operante solo se prescelta per la combinazione nella scheda di Proposta e di Certificato di Assicurazione)

Sarà corrisposto un Indennizzo per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi durante il periodo di Disoccupazione dell'Assicurato comprovato, per ciascuna rata scadente e successivo al periodo di carenza di 90 giorni e della franchigia di 60 giorni, di importo pari alla rata di rimborso mensile del Mutuo al momento del sinistro, aumentata del 10% a titolo di rimborso spese indirette e del 10% se la disoccupazione fosse derivata da fallimento azienda, con il massimo di 2.000 euro.

Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data del sopravvenire dello stato di Disoccupazione dell'Assicurato. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine della disoccupazione o al momento del raggiungimento del diritto all'indennità di pensionamento dell'Assicurato.

Ricovero Ospedaliero (RO): (operante solo se prescelta per la combinazione nella scheda Proposta e di Certificato di Assicurazione)

Sarà corrisposto un Indennizzo per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi durante il periodo di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato comprovato, per ciascuna rata scadente e successivo al periodo di carenza di 30 giorni per Malattia e della franchigia di 7 giorni, di importo pari alla rata di rimborso mensile del Mutuo al momento del sinistro, aumentata del 10% a titolo di rimborso spese indirette con il massimo di 2.000 euro.

Relativamente alla presente garanzia, per momento del Sinistro si intende la data di ricovero a seguito di Infortunio o in caso di Malattia, attestato da Ente preposto. L'erogazione della prestazione mensile cesserà al termine del Ricovero Ospedaliero.

Grandi Interventi Chirurgici (GIC) la Società corrisponde l'indennità prevista in base alla garanzia per il caso di Grande Intervento a cui sia stati sottoposto l'Assicurato nei limiti e alle condizioni di cui alle Condizioni di Assicurazioni. Opera una Carenza 30 giorni se l'evento è derivante da Malattia.

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 il Questionario di Adeguatezza, il Questionario Anamnestico Sanitario e la Proposta di Adesione contenuti nella stessa.
- Per dipendenti, che l'assicurato sia assunto a tempo Indeterminato da almeno 1 anno dalla data di decorrenza della polizza.

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.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che, dichiarate nel Questionario Anamnestico Sanitario all'atto della Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, che 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.

La Società, se successivamente la data di decorrenza della polizza, venisse a conoscenza della sussistenza di condizioni che non avrebbero ammesso l'assicurabilità con l'emissione dell'Assicurazione, potrà dichiarare la inefficacia delle garanzie assicurative sin dall'origine al Contraente-Assicurato. Ne seguirà la restituzione del premio netto corrisposto calcolato con le stesse modalità di cui all'Art.8 Anticipata risoluzione polizza pluriennale, delle presenti Condizioni di Assicurazione.

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, come periodo Iniziale a 120 mesi (10 anni) pertanto potrà non coincidere con l'originaria durata del Contratto di Mutuo. La Società si rende disponibile a proseguire la presente assicurazione, dopo il primo decennio, con avviso al Contraente alla scadenza, per proroghe successive di durata annuale o quinquennale, purché non sussistano gli elementi di cessazione che seguono, alle stesse Condizioni e a tassi pari a quelli riportati all'Art. 7, Premio Assicurativo, della presenti condizioni di Assicurazioni, al massimo aumentati di un 15% (quindicipercento) in funzione delle mutate condizioni economiche alla data del rinnovo. Il capitale da assicurare ai rinnovi sarà pari al debito residuo della quota capitale rimanente sino alla data di scadenza dell'ammortamento del Mutuo.

Il Contraente avrà diritto di non accettare le proposte di rinnovo e risolvere l'Assicurazione con semplice diniego dell'offerta .

L'Assicurazione inoltre, cessa in ogni caso:

- alla prima scadenza successiva il compimento del 75^o anno di età dell'Assicurato;
- al pagamento di una prestazione, da parte della Società di Assicurazione, nell'ambito della garanzia Morte e Invalidità Permanente Totale;
- in caso d' esercizio del diritto di recesso dalle Garanzie Assicurative, da parte dell'Assicurato.

ART.5 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla data di decorrenza della presente assicurazione, 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.

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

La prestazione assicurata è pari, secondo le garanzie prestate a :

- in caso di Morte da Infortunio e Invalidità Permanente Totale: sino al debito residuo del mutuo in linea capitale, al netto di eventuali rate insolute e degli eventuali interessi moratori e spese accessorie e per un l'importo massimo indicato nella scheda di proposta e di Certificato di assicurazione.
- in caso di inabilità Temporanea Totale; Perdita Involontaria d'Impiego e Ricovero Ospedaliero, l'importo della rata mensile del Mutuo con il massimo di Euro 2.000,00 e col massimo di 12 indennizzi mensili per Sinistro e 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa.
- Per il caso Grandi Interventi la Somma Assicurata e indicata nella scheda di polizza pari a 5.000,00 a titolo di indennizzo senza riferimenti a costi sostenuti o meno, per un evento, nell'arco della durata della polizza.

Nel caso di presenza di due gli Assicurati , come risultante dalla scheda di polizza, i limiti di indennizzo saranno pari alla percentuale indicata nelle scheda Proposta e Certificato degli importi predetti, per ciascun assicurato, in mancanza di indicazione della percentuale, la suddivisione sarà 50% ciascuno.

ART.7 - PREMIO ASSICURATIVO

Le garanzie assicurate sono garantite previo pagamento alla Società di un premio unico, da parte del Contraente, in via anticipata e in un'unica soluzione o con pagamento annuale comunque per tutta la durata contrattuale. Il premio lordo è comprensivo dell'imposta di legge. L'assicurazione ha effetto se il premio è stato corrisposto; **altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.**

Il Premio è determinato e versato dal Contraente con applicazione di un tasso su una somma assicurata che deve essere pari a quella erogata in conto capitale dalla Banca o Finanziaria come

Mutuo e che figura nel piano di ammortamento. In mancanza del rispetto di tale condizione, qualora l'importo mutuato risultante dalla scheda di proposta e certificato, per la quale viene corrisposto il premio sia inferiore a quella erogata, in caso di sinistro, i vari indennizzi delle garanzie prestate, saranno sottoposti all'applicazione dell'Art.1907 del C.C.- Assicurazione Parziale.

I tassi lordi applicati alla Somma assicurata di cui alle varie combinazioni opzionabili da parte del Contraente Assicurato secondo la sua attività professionale o non, di cui all'Art.1 delle presenti Condizioni di Assicurazione sono:

- 1.1.1 : 0,192 per mille mensile
- 1.1.2 : 0,265 per mille mensile
- 1.1.3 : 0,192 per mille mensile
- 1.2.1 : 0,128 per mille mensile
- 1.2.2 : 0,212 per mille mensile
- 1.2.3 : 0,128 per mille mensile

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 per effettuare il 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 30 giorni dal ricevimento della richiesta completa della documentazione necessaria e comprovante l'anticipata estinzione.

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 rifiuta di sottoscrivere la suddetta appendice e comunicata 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

L'indennizzo relativo alle varie garanzie prestate, sarà corrisposto all'Assicurato o suoi eredi, che dovranno utilizzare quanto ricevuto dalla Società per estinguere o ridurre 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 secondo le varie garanzie colpite da sinistro ed elencate nei successivi articoli delle presenti Condizioni di Assicurazione.

ART.11 – AGGRAVAMENTO O DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il presente contratto di assicurazione prevede tassazioni differenziate secondo l'attività svolta dal Contraente Assicurato in quanto operano Garanzie diverse che comportano un premio diverso.

I tassi sono differenti come specificato all'Art.7- Premio Assicurativo, delle presenti Condizioni di Assicurazioni. Se il Contraente-Assicurato nel corso della durata della polizza dovesse variare la sua attività professionale dichiarata alla data di decorrenza dell'Assicurazione, che comporta il cambiamento delle garanzie prestate e il relativo premio, dovrà comunicare per iscritto alla Società e all'intermediario, il cambiamento stesso e la propria volontà di adeguare la polizza.

La Società emetterà apposita appendice per inclusione o esclusione di garanzie e ricalcolerà il premio dovuto, che il Contraente dovrà sottoscrivere e corrispondere o aver rimborsato relativamente alla quota pro rata temporis derivante.

Se il Contraente Assicurato non dovesse comunicare la variazione di attività professionale, la polizza manterrà le stesse condizioni di origine, senza che la Società stessa vada ad applicare i disposto degli Artt. 1897 e 1898 del C.C. (Diminuzione – Aggravamento del Rischio)

ART. 12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, dichiarate e sottoscritte nei questionari di Adeguatezza e Anamnestico Sanitario, 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.13 - 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.14 – 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.15 – MODIFICHE DELLA POLIZZA

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

ART.16 – 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.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 - 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.

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE SEZIONE A

MORTE DA INFORTUNIO. (operante solo se prescelta nella combinazione risultante nella scheda di Proposta e di Certificato di Assicurazione)

ART.19- OGGETTO DELLA COPERTURA

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

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

ART.20 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Morte da Infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo del Mutuo **sino alla scadenza del Piano di ammortamento** diminuito delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e spese accessorie.

ART.21 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi di morte causati da:

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

ART.22- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

- **copia del certificato di morte e la causa che l'ha determinata;**
 - **copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;**
- Per i casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di Sinistro. Gli aventi diritto si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare i medici a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

SEZIONE B

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

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

- **l'Infortunio o la Malattia si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art 4, "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE", e dopo il periodo iniziale di caranza di 30 giorni per la garanzia malattia;**
- **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. 24 "INDENNIZZO";
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 25 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.24 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste in un importo pari al debito residuo del Mutuo **sino alla scadenza del Piano di ammortamento** diminuito delle eventuali rate scadute e non pagate a tale data degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse e spese accessorie

- 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 del massimale assicurato, relativamente al contratto di Mutuo stipulato dall'Assicurato.

Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Invalidità Totale Permanente è l'Assicurato, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per estinguere o ridurre il debito residuo all'Ente erogante il Mutuo del Contratto di Mutuo dovuto dall'Assicurato.

ART.25 – ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

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

- **invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza e non dichiarate dallo stesso nel questionario Anamnestico sanitario costituente parte integrante del fascicolo di polizza.**
- **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.);**
- **sieropositività HIV, AIDS;**
- **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 ASSICURABILITA" della presente Polizza.

ART.26- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

SEZIONE C

Art.27 ASSICURAZIONE PER INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO o MALATTIA

OGGETTO DELLA COPERTURA(operante solo se prescelta nella combinazione risultante nella scheda di Proposta e di Certificato di Assicurazione)

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

- il Sinistro da l'Inabilità Temporanea Totale si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4 "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza per la garanzia Malattia;
- Il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 29 "ESCLUSIONI" ;
- l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.28- INDENNIZZO

L'Indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del sinistro e nei termini di cui al successivo comma, di una somma pari alla 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, aumentata del 10% a titolo rimborso spese indirette.

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 30 giorni per la garanzia malattia e il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 30 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.29 - ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

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

- invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza e non dichiarate dallo stesso nel questionario Anamnestico sanitario costituente parte integrante del fascicolo di polizza.
- 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 paranoidei, 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 ASSICURABILITA" della presente Polizza.

ART.30 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI.

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

- copia del documento di Identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;

- **attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA)**
- **certificato medico attestante l'inabilità Temporanea Totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;**
- **i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale),**
- **dichiarazione attestante 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.31 - DENUNCE SUCCESSIVE

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

SEZIONE D

ART.32 - ASSICURAZIONE PER PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

OGGETTO DELLA COPERTURA (operante solo se prescelta nella combinazione risultante nella scheda di Proposta e di Certificato di Assicurazione)

Nel caso di Disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art.33 "INDENNIZZO" qualora:

- si sia verificato un Sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di Disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della copertura nei termini di cui al precedente ART.4 "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE"
- la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in Mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza di 90 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- Il sinistro non rientri nelle successive esclusioni di cui al successivo Art.34 "ESCLUSIONI";
- L'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art.10 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.33 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per caso di Disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro 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, aumentata del 10% a titolo di rimborso spese indirette e del 10% se la disoccupazione fosse derivata da fallimento azienda. 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. In caso di Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il periodo di carenza pari a 90 giorni e il Periodo di Franchigia Assoluta consecutivi pari a 60 giorni di Disoccupazione. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di 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 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.34 – ESCLUSIONI

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

- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro.
- Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- alla Data di decorrenza l'Assicurato era a conoscenza della prossima Disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, per motivi disciplinari o professionali;
- la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita e la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "Lavoro a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi);
- l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà (dimissioni o risoluzioni consensuali con il datore di lavoro);
- l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di Inabilità temporanea totale;
- la Disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra datore di lavoro e dipendenti che siano tra loro 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.35 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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

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

ART.36 - DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante il periodo di Carenza pari a 90 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere un lavoratore dipendente ed abbia

superato il periodo di prova. Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una Copertura per Disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 indennizzi mensili.

SEZIONE E

ART.37 - ASSICURAZIONE PER RICOVERO OSPEDALIERO(operante solo se prescelta nella combinazione risultante nella scheda di Proposta e di Certificato di Assicurazione

OGGETTO DELLA COPERTURA

Nel caso di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia la Società corrisponderà all'Assicurato l'Indennizzo di cui al successivo Art.38 "INDENNIZZO" qualora:

- il Sinistro che ha determinato il Ricovero si sia verificato durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4 "DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE";
- il Sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il Periodo di Carenza di 30 giorni successivo alla data di decorrenza della polizza per la garanzia Malattia;
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art.39 "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.38 - INDENNIZZO L'Indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla Copertura per il caso di Ricovero e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del Sinistro, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato all'Ente Erogante del Mutuo secondo l'originale piano di ammortamento 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, aumentata del 10% a titolo di rimborso spese indirette. L'Indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del Sinistro in relazione al Contratto di Mutuo stipulato tra l'Assicurato all'Ente Erogante del Mutuo e per la durata dello stesso, il massimale mensile di Euro 2.000,00. In caso di Sinistro, il primo Indennizzo, pari ad una rata mensile, sarà liquidato solo se sia trascorso il periodo di carenza pari a 30 giorni per la garanzia malattia e il Periodo di Franchigia Assoluta pari a 7 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero. Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare è di 12 Indennizzi mensili per ciascun Sinistro e di 36 Indennizzi mensili per l'intera durata della copertura assicurativa. Si conviene che Beneficiario dell'Indennizzo per il caso di Ricovero è l'Assicurato, il quale utilizzerà l'Indennizzo ricevuto dalla Società per ridurre e/o estinguere il debito residuo del Contratto di Mutuo.

ART.39 - ESCLUSIONE DALLE GARANZIE ASSICURATIVE

Non sono coperti dalla presente polizza i Ricoveri Ospedalieri nei seguenti casi:

- **invalidità preesistenti nonché quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti già diagnosticate all'assicurato prima della data di decorrenza e non dichiarate dallo stesso nel questionario Anamnestico sanitario costituente parte integrante del fascicolo di polizza.**
- **incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o di deltaplano o di ultraleggero e, in ogni caso, se viaggia in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;**
- **incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificata da una situazione di pericolo);**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, atti di terrorismo e rivoluzioni;**
- **contaminazione biologica e/o chimica connessa - direttamente o indirettamente - ad atti terroristici;**
- **dolo dell'Assicurato;**
- **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;**
- **infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;**
- **interventi chirurgici angioplastici, terapie laser;**
- **alcolismo, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;**
- **malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi;**
- **cure od interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;**
- **parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;**

- **malattie tropicali;**
- **svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;**
- **infortuni o malattie verificatisi durante lo svolgimento del Servizio di Leva o quello Sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o motivi di carattere eccezionale;**
- **le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;**
- **le degenze in Case di Riposo, di Convalescenza, di Soggiorno Cronicari o in stabilimenti o centri di Cure Termali, Idroterapici, Fitoterapici, Dietologi o del benessere;**
- **sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare. isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.;**

ART.40 - 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 dei certificato dei Pronto Soccorso (per infortunio);**
- **copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;**
- **copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione;**
- **dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del finanziamento;**
- **copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;**
- **Attestato che certifichi la sua condizione di Non Lavoratore;**
- **dichiarazione attestante la rata mensile di ammortamento del finanziamento;**

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

ART.41 - DENUNCE SUCCESSIVE Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di carenza pari a 60 giorni per Ricovero Ospedaliero, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri per Ricovero Ospedaliero causato da Infortunio o Malattia se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un Periodo di riqualificazione di 30 giorni, oppure di 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 alla Copertura di Ricoveri Ospedalieri cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 36 indennizzi mensili.

SEZIONE F

ART. 42- ASSICURAZIONE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Oggetto dell'assicurazione

Nel caso di Grande Intervento Chirurgico, risultante dall'allegato1 alle presenti Condizioni di Assicurazione, subito dall'Assicurato come da definizione, la Società corrisponderà l'Indennizzo di cui al successivo Art.43 qualora:

- l'Infortunio o la Malattia che hanno determinato l'intervento si siano verificati durante il periodo in cui la Copertura è efficace ai sensi del precedente Art.4;
- l'evento da Infortunio o da Malattia che l'ha reso necessario sia successivo alle ore 24,00 della data termine del Periodo di Carenza per malattia di 30 giorni successivo alla data di decorrenza delle garanzie.
- 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. 43.
- il Sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 29 "ESCLUSIONI"
- l'Assicurato abbia adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 7 "DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI".

ART.43 – INDENNIZZO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere in base alla Copertura per il Caso di Grandi Interventi, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente Polizza, sarà pari all'intero importo della Somma Assicurata a titolo indennitario anche se non saranno sostenute alcune spese al riguardo.

ART.44 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'oggetto della Copertura i casi da Grandi Interventi Chirurgici causati da:

- 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.

ART.45- DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai fini della denuncia del Sinistro, l'Assicurato deve allegare la seguente documentazione:

- copia della Cartella Clinica relativa all'intervento chirurgico subito e la causa che l'ha determinato;
- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestazione dell'attività professionale esercitata.

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.

Segue allegato 1 Grandi Interventi chirurgici

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cisti del cuore o del pericardio
- Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per

- Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- Pericardiectomia totale
- Reintervento con ripristino di C.E.C.
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia generale

- Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Emicolectomia destra con linfadenectomia
- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagogastroplastica-esofogodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
- Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Resezioni epatiche maggiori
- Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- Bilobectomie, intervento di
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- Neoplasie maligne della trachea
- Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia
- Resezioni segmentarie tipiche
- Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiartoci
- Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia - Ostetricia

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia

- Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolarie varie, intervento di
- Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- Epilessia focale, intervento per
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

Ortopedia

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca totale
- Artroprotesi: ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazioni, grandi
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Scoliosi, intervento per
- Spalla, resezioni complete secondo Tickhor-Limberg
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale

- Laringofaringectomia totale
- Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- Neoplasie parafaringee benigne
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia
- Stapedectomia
- Stapedotomia
- Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale

Urologia

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
- Eminefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- Neovescica ileale, colica, ileocolica
- Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombocavale
- Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo:

- Tutti.