



Capogruppo del Gruppo Assicurativo CF Assicurazioni S.p.A.

Contratto di Assicurazione

Infortunati

CF DIFESA SEMPLICE TC

Mod. 005.2017.DIS.TC ed.05.19

Il presente Set Informativo contenente:

- *Documento Informativo Precontrattuale*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione con Glossario*
- *Proposta di Assicurazione*

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo



Polizza CF DIFESA SEMPLICE mod.005.2017. DIS TC ed.05.19
DIP-Documento informativo precontrattuale dei contratti assicurazioni danni
CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF DIFESA SEMPLICE"
Il presente DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti che seguono

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE E'?

La CF SIAMO IN DUE è una polizza Ramo Infortuni che prevede indennizzi finalizzati in caso di Infortuni Professionali ed extraprofessionali e Invalidità Permanenti e diarie da ricovero da Malattia per recuperare quella parte di reddito che potrebbe venir meno a causa dagli eventi assicurati che ne impedirebbero la capacità di produrlo con il proprio lavoro. In caso di Morte, un capitale per gli eredi.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Sono assicurati in base alle scelte del Contraente-Assicurato:

- ✓ **Morte** da Infortunio
- ✓ **Invalidità Permanente** da Infortunio
- ✓ **Rimborso spese di cura** da Infortunio



CHE COSA NON E' ASSICURATO?

Non sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- X che alla data di effetto della polizza , superino 75 anni compiuti.
- X che dichiarino di non essere in uno stato generale di buona salute.

Non sono assicurabili le Persone fisiche affette da:

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



CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA? La polizza prevede limiti d'indennizzo, carenze e franchigie:

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

! L'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalla seguente tabella;

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
Sino ad IP Accertate del 14%	IP Accertata – 3% di franchigia fissa
Da oltre 14% e sino a 66	Stessa percentuale Accertata
Da oltre 66%	100% della somma assicurata.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Relativamente gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, verranno indennizzate con il limite del 50% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 100 giorni dalle dimissioni di ricovero.

Euro.100,00 a titolo di franchigia fissa a carico del beneficiario assicurato, per evento.



DOVE VALE LA COPERTURA?

Le Garanzie Infortuni valgono in tutto il mondo.

La invalidità Permanente Totale dovrà essere poi riconosciuta e quantificata in Italia.



CHE OBBLIGHI HO?

- **Dichiarare quanto previsto nella Proposta di Adesione alle Garanzie Assicurative, le informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza.** Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nullità, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.



QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?

Il primo premio si deve pagare il giorno della decorrenza della polizza o quando la proposta e certificato vengono emessi e sottoscritti dalle parti. I premi successivi, se previsti, alle rispettive scadenze stabilite secondo il tipo di frazionamento di polizza.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari con i quali è stato conclusa la polizza.

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza indicata nella proposta e nel Certificato di Assicurazione se il premio è stato corrisposto in quella data o in data antecedente, altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. L'Assicurazione cessa alla scadenza prevista in polizza in base alla durata contrattuale se disdetta, altrimenti si rinnova tacitamente.



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Inviando una lettera di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.

Il contratto si risolve in automatico alla scadenza prevista per le durate poliennali e pagamento del premio in unica soluzione.

**Polizza CF DIFESA SEMPLICE mod.005.2017. DIS TC ed.05.19
DIP-DOCUMENTO AGGIUNTIVO DANNI**

**CF Assicurazioni S.p.A. - Prodotto "CF DIFESA SEMPLICE"
Il presente DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.**

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

CF Assicurazioni S.p.A. Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione con il numero n.1.00158

Sede Legale e Direzione Generale: Via Paolo di Dono,73- 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com e cfassicurazioni@pec.it. Capitale sociale 38.707.500 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:

L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2018 è pari a euro 37.592.670 , di cui:

- la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 38.707.500;

- la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro -1.114.830.L'indice di solvibilità è pari al 155,92% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente.

I dati sono relativi all'ultimo Bilancio presentato in Consiglio d'Amministrazione e disponibili sul sito:

<https://www.cfassicurazioni.com/il-gruppo-cf/bilanci-e-pubblicazioni.htm>

Al contratto si applica la legge italiana.



CHE COSA E' ASSICURATO?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



CHE COSA NON E' ASSICURATO

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

01) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato in uno stato comprovato di ubriachezza o è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

02) dalla pratica di sports aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

03) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta, trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), sci acrobatico e/o estremo, alpinismo in solitaria con scalata di rocce ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, speleologia;

04) dalla partecipazioni ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

05) dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;

06) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

07) da guerra e/o insurrezione

08) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

09) Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- le ernie di qualsiasi tipo;

- gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini.



CI SONO LIMITI NELLA COPERTURA?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



CHE OBBLIGHI HO?

Seguono le seguenti informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) entro 3 giorni dalla data dell'infornio, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;
- b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi;
- c) far pervenire tempestivamente cartelle cliniche, dichiarazioni di ricovero, notule di spese sanitarie sostenute e altri documenti atti a dimostrare l'entità degli eventi per i quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo,

Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;
- b) trasmettere, se esplicitamente richiesto dalla Società e fino a cura ultimata, certificati medici periodici sul decorso dell'infornio ad intervalli non superiori a 15 giorni.
- c) consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato il presente obbligo spetta ai beneficiari;

Le spese relative ai documenti sono a carico dell'Assicurato.

Assistenza diretta/ In Convenzione	Questo contratto non prevede forme di Assistenza sia in forma diretta che in convenzione.
Gestione da parte di altre Imprese	Questo contratto non prevede forme di gestione da parte da altre imprese.
Prescrizione	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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 CC. .
Obblighi dell'Impresa	La Società, in caso di Sinistro e fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, 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.



QUANDO E DOVE DEVO PAGARE?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non sono previsti rimborsi di premio in corso di validità del contratto.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non sono previste sospensioni di garanzie in corso di validità del contratto



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Disdetta	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Ripensamento dopo la stipulazione	Il prodotto non prevede la clausola di recesso entro un periodo dalla data di stipulazione.
Risoluzione	Il contratto si può risolvere con disdetta se di durata annuale, alla scadenza prevista per i contratti con durata poliennale, o in caso di sinistro, come da Condizioni di Assicurazione.



A CHI E' RIVOLTO QUESTO PRODOTTO

A tutte le persone che intendono garantirsi contro gli di Infortuni professionali ed extraprofessionali che a seguito dei quali, potrebbero perdere la capacità di produrre reddito dal proprio lavoro. In caso di Morte, assicurare un capitale per gli eredi per non farli trovare improvvisamente privi di fonte di reddito familiare.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE

- Il premio annuo, frazionabile senza aumento di interessi come da tariffe previste dal prodotto, o premi unici per 3 ,5 o 10 anni in unica soluzione.
- **Costi di Intermediazione:** In media gli intermediari ricevono una commissione del 41,00% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Gestione Reclami di CF Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo in Roma - Via Paolo di Dono, 73 - 00142 o tramite e-mail alla seguente casella di posta elettronica: reclami@cfassicurazioni.com 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,
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio o della Malattia e 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. Per liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente richiedendo l'attivazione della procedura FI-NET o della normativa applicabile.

AVVERTENZA: PRIMA DI RISPONDERE ALLE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA SCHEDA PROPOSTA, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

AVVERTENZA: PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI di ASSICURAZIONE
Il presente documento è aggiornato al 31.12.2018

ART. 1 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata, per la persona deceduta 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.

ART. 2 - MORTE PRESUNTA:

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, marittima o aerea e di calamità naturali, il corpo dell'Assicurato non dovesse essere più ritrovato e quindi non si possa effettuare il riconoscimento della salma, la Società liquiderà la somma assicurata per il caso morte a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla scomparsa e sia stato richiesto il certificato di 'Morte Presunta'. Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese mentre l'Assicurato potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

ART. 3 - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società liquida un indennizzo per le conseguenze di infortuni che causino la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo.

ART. 4 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società assicura, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, **il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero in ospedale, clinica o pronto soccorso** anche per intervento chirurgico a seguito di infortunio indennizzabile a norma delle condizioni di polizza, e dopo le dimissioni, per spese post-operatorie o post-ricovero e più precisamente delle spese:

- a) per gli accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- b) per gli onorari del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- c) per l'assistenza medica, per la cura, per i medicinali e gli esami post-operatori, durante il ricovero;
- d) per le rette di degenza con un massimo di giorni 30 per evento.
- e) per gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, con il limite del 50% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 100 giorni dalle dimissioni.

Sulla garanzia opera una franchigia fissa di €.100,00 per evento, a carico del beneficiario assicurato.

OGGETTO DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 5 - GARANZIE PRESTATE

L'assicurazione vale per:

- gli infortuni professionali,
 - gli infortuni extraprofessionali e avvenuti durante il tempo libero,
- che producano lesioni obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o determinino spese di cura.**

ART. 5.1 - Le garanzie operano in tutto il mondo. La valutazione dell'Invalidità Permanente e la liquidazione dei danni vengono effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro. Per le spese sostenute in paesi extra comunità europea o con divisa monetaria diversa dall'euro, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio ricavato dalla quotazione BCE della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Sono considerati infortuni anche:

ART. 5.2 - l'asfissia non di origine morbosa;

ART.5.3 -gli avvelenamenti acuti da ingestione o l'assorbimento di sostanze (compresi avvelenamenti e lesioni da contatto con sostanze corrosive);

ART. 5.4 - quelli subiti a seguito di malore o incoscienza;

ART. 5.5 - i colpi di sole e di calore;

ART. 5.6 - l'annegamento;

ART. 5.7 - il congelamento e l'assideramento;

ART. 5.8 - le punture di insetti e i morsi di animali ;

ART. 5.9 - infortuni determinati da: terremoti, alluvioni ed inondazioni.

Resta convenuto, per questi ultimi eventi, in caso di sinistro che colpisca più assicurati con polizze della Società, l'esborso massimo non potrà superare Euro 2.000.000. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno diminuite con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, in modo da non superare, sommate, il limite predetto.

Si intendono in garanzia inoltre.

ART. 5.10 - le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie del disco, muscolari e delle rotture sottocutanee dei tendini.

ART. 5.11 - gli infortuni derivanti da imperizie, imprudenze colpa grave dell'Assicurato nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria, in deroga agli artt.1900 e 1912 del CC.

ART. 5.12 - gli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dall'inizio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

La presente garanzia non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

ART. 6 - VIAGGI AEREI

Ferme le norme che regolano assicurazione in generale e in deroga a quanto previsto dal punto 14 capoverso 4, la garanzia è estesa, agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto Pubblico Passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs;
- su apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

ART. 6.1 - La copertura inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

ART. 6.2 - La presente estensione di garanzia non è valida se la polizza:

- ha durata inferiore ad un anno;
- è stipulata (anche in convenzione) da Agenzie di Viaggio a favore della clientela.

ART. 6.3 - In base a quanto previsto dall'articolo 31 delle "norme che regolano l'assicurazione in generale" e ai sensi e per gli effetti degli art. 1892, 1893 del CC., l'Assicurato, in base a quanto sia o venga a conoscenza, dichiara che la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:

Euro 1.000.000 per il caso di morte;

Euro 1.000.000 per il caso di invalidità permanente totale;

ART. 6.4 - L'Assicurato si impegna a comunicare alla Società la successiva stipulazione di altre assicurazioni contro gli infortuni che includano la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso Assicurato o da altri sulla sua persona, qualora il totale dei capitali assicurati superi i limiti indicati al punto 8.3 .

ART. 6.5 - Eventuali aumenti dei limiti al punto 9.3, devono essere preventivamente concordati con la Società.

ART. 7 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga previsto dall'articolo 1916 del Codice Civile ma gestirà il sinistro, tenendo conto del principio giuridico dell'ingiustificato arricchimento ed dell'equo indennizzo anche in osservanza della recente giurisprudenza di Corte Suprema che pone divieto di cumulo tra il risarcimento di Responsabilità Civile e l'indennizzo in polizza infortuni.

ART. 8 - ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'assicurato può richiedere, non prima di 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzo e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%. L'acconto della somma da parte della Società potrà avere luogo solo nell'ipotesi in cui il prevedibile indennizzo sia superiore a Euro10.000,00 . Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 9 - CUMULO INDENNIZZI

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato dovesse morire in conseguenza dell'infortunio stesso, entro un periodo massimo di due anni dal giorno dell'evento, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore, non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 9.1 - Le garanzie, relative alle diarie, non costituiscono cumulo tra di loro; se dovessero coincidere le giornate di più diarie, in tutto o in parte, la diaria verrà corrisposta per uno solo dei due eventi, Ricovero o Gessatura, progressivamente nel tempo.

ART. 10 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Nel caso che la presente assicurazione fosse stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 CC..

DELIMITAZIONI / ESCLUSIONI DELLE GARANZIE INFORTUNI

ART. 11 - Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

01) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato in uno stato comprovato di ubriachezza o è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

02) dalla pratica di sports aerei in genere e dalle partecipazioni a gare o corse motoristiche e/o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;

03) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta, trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), sci acrobatico e/o estremo, alpinismo in solitaria con scalata di rocce ghiaccio di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), freeclimbing, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, hockey, immersioni con autorespiratore, speleologia;

04) dalla partecipazioni ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

05) dall'uso di allucinogeni, dall'uso terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortuni;

06) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

07) da guerra e/o insurrezione;

08) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

09) Sono altresì' esclusi dall'assicurazione:

- le ernie di qualsiasi tipo;

- gli infarti e le rotture sottocutanee dei tendini;

ART. 12 - SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. E' considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva. L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione. Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere il prolungamento dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

ART. 13 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi costituiscono per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art.1898 C.C. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo, determinando la cessazione dell'Assicurazione.

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal comunicare altre assicurazioni stipulate e in corso per i medesimi rischi assicurati, in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.

ART. 15 - ATTIVITÀ ASSICURATE

Sono assicurabili tutte le persone fisiche per qualsiasi attività professionale svolta e per i rischi extraprofessionali. Restano escluse le persone che svolgono attività professionali di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo, militari, Forze dell'Ordine e piloti di veicoli aerei.

DETERMINAZIONE DELL'AMMONTARE DELL'INDENNIZZO

ART. 16 - MORTE PER INFORTUNIO

La Società corrisponde la somma assicurata per persona deceduta in conseguenza di un infortunio in parti uguali agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 17 - INVALIDITÀ PERMANENTE

A) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni: (Tabella Invalidità Permanente INAIL)

Descrizione Invalidità	Percentuali grado di invalidità		
	destro		sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%		75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita del braccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice			
Perdita delle ultime due falangi del medio		8%	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°			
a) in semipronazione	30%		25%
b) in pronazione	35%		30%
c) in supinazione	45%		40%

d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio - carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione:			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo - femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo - femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso - metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità; ma ove concorra perdita di più dita, ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio - tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

N.B. : in caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

C) In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali sopra riportate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

D) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti al punto B) si farà riferimento ai criteri qui di seguito riportati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto B), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati al punto B) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata con riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell' Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione; la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati al punto B) e ai criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

-per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

E) Nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire a seguito di causa diversa dall'evento che abbia determinato la Invalidità Permanente, anche in caso di non quantificazione del grado della stessa da parte di Medici Legali incaricati da CF assicurazioni S.p.A.ma in presenza di accertamenti eseguiti prima del decesso da altri Enti riconosciuti come INAIL, INPS o similari, CF assicurazioni S.p.A. procederà a liquidare sulla base di queste quantificazioni, agli eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 18 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalla seguente tabella;

Punti di % di invalidità permanente accertata	Punti di % di invalidità permanente liquidabile
Sino ad IP Accertate del 14%	IP Accertata – 3,5% di franchigia fissa
Da oltre 14% e sino a 50%	IP Accertata – 1% di franchigia fissa
Da oltre 50% e sino a 70%	Stessa percentuale Accertata
Da oltre 70%	100% della somma assicurata.

ART.19 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO (valido solo se espressamente richiamato in polizza)

La Società rimborsa agli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza. Per cure mediche si intendono:

- a) per gli accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- b) per gli onorari del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- c) per l'assistenza medica, per la cura, per i medicinali e gli esami post-operatori, durante il ricovero;
- d) per le rette di degenza con un massimo di giorni 30 per evento.
- e) per gli esami e terapie post-operatorie o post-ricovero, con il limite del 50% della somma assicurata per anno ed evento e sostenute entro 100 giorni dalle dimissioni.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente. Qualora gli Assicurati fruiscono di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate ed € 100,00 a titolo di franchigia fissa a carico del beneficiario assicurato, per evento.

Art. 20 - LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate (cumulo sconosciuto), in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.000.000. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

IN CASO DI SINISTRO

ART. 21 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE o ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) entro 3 giorni dalla data dell'infortunio, o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del CC, comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla direzione della Società data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note nonché le modalità di accadimento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.;
- b) far precedere quanto sopra da comunicazione telegrafica in caso di lesioni gravi a persona o decessi;
- c) far pervenire tempestivamente cartelle cliniche, dichiarazioni di ricovero, notule di spese sanitarie sostenute e altri documenti atti a dimostrare l'entità degli eventi per i quali, in base alla polizza, viene richiesto l'indennizzo,

Inoltre, il Contraente o l'Assicurato devono:

- a) trasmettere con la comunicazione di cui sopra il certificato medico attestante la gravità delle lesioni;
- b) trasmettere, se esplicitamente richiesto dalla Società e fino a cura ultimata, certificati medici periodici sul decorso dell'infortunio ad intervalli non superiori a 15 giorni.
- c) consentire indagini, accertamenti, fornire documentazione (copia della cartella clinica, libretto sanitario) ritenuti necessari dalla Società, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato il presente obbligo spetta ai beneficiari;

Le spese relative ai documenti sono a carico dell'Assicurato.

ART.22 - CRITERI D'INDENNIZZO - LIQUIDAZIONE L'assicurazione è valida purché la morte, l'invalidità permanente e le altre prestazioni sanitarie, siano la conseguenza di eventi accaduti durante il periodo di assicurazione e denunciati nei termini previsti dall'Art. 21 anche se accertate o avvenute conseguentemente entro 2 anni dalla data dell'infortunio. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di validità della polizza, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono subire all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio sono conseguenze indirette e quindi non sono indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio.

ART. 23 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 24 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

ART. 25 - Pagamento del premio

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

ART. 26 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 27 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c. (tranne per quanto previsto dall' art. 15)

ART. 28 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. (tranne per quanto previsto dall' art. 15)

ART. 29 - Recesso in caso di sinistro.

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

ART. 30 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno. Qualora il contratto fosse stipulato per una durata poliennale con pagamento del premio in unica soluzione, lo stesso si

risolverà automaticamente alla scadenza prefissata senza necessità di disdetta.

ART. 31 - Oneri fiscali

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

ART. 32 - Rinvio alle norme di legge Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

GLOSSARIO:

Definizioni

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortuni: eventi dovuti a causa fortuita, violente ed esterna, che producono 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.

Infortunio Professionale: quello avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato.

Infortunio extraprofessionale: quello avvenuto durante l'attività non professionali e il tempo libero.

Invalidità Permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo.

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Recesso: Diritto del Contraente e della Società di risolvere la polizza ai sensi delle Condizioni di Assicurazione o ai sensi degli articoli del C.C.

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: la degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento, o il ricovero in forma di Day-Hospital;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Società: l'impresa assicuratrice.

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